



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

FICHE MEMO

Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours

RAPPORT D'ÉLABORATION

Juin 2015

DOCUMENT DE TRAVAIL SOUMIS AVANT CORRECTION ORTHOGRAPHIQUE ET TYPOGRAPHIQUE

La méthode d'élaboration des fiches mémo est une méthode pour produire des recommandations ou messages clés dans un temps court (6 mois environ) et dans un format court (recto-verso).

Les fiches mémo s'inscrivent dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Les fiches mémo ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans la prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette fiche mémo a été élaborée selon la méthode décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : [Méthode d'élaboration des fiches mémo](#). La recherche documentaire est précisée en annexe 1.

Grade des recommandations	
A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

La fiche mémo et ses synthèses sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service communication – information
2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Table des matières

Abréviations et acronymes	4
Introduction	5
1. Repérer un trouble bipolaire	9
1.1 Définitions	9
1.2 Chez qui y penser ?	11
1.3 Outils de repérage	28
2. Diagnostic des troubles bipolaires.....	31
2.1 Outils de diagnostic chez l'adulte	31
2.2 Focus chez les adolescents	35
2.3 Outils génétiques	37
2.4 Diagnostic différentiel chez l'adulte	38
2.5 Diagnostic différentiel chez l'adolescent	40
3. Évaluer la sévérité du trouble bipolaire dont le risque suicidaire	42
3.1 Évaluer la sévérité du trouble bipolaire	42
3.2 Évaluation du risque suicidaire.....	43
3.3 Critères d'hospitalisation d'un patient présentant un trouble bipolaire	47
3.4 Adresser le patient pour un avis psychiatrique	48
4. Version soumise aux parties prenantes.....	49
5. Avis des parties prenantes	56
6. Validation	66
6.1 Avis de la commission des stratégies de prise en charge	66
6.2 Adoption par le Collège de la HAS.....	67
Annexe 1. Recherche documentaire.....	68
Annexe 2. Caractéristiques des recommandations	74
Annexe 3. Critères diagnostiques d'un trouble bipolaire selon les classifications.....	76
Annexe 4. Associations de patients et de représentants d'usagers	84
Annexe 5. Situations d'urgence : que-faire-et-à-qui-s-adresser-face-à-une-crise-suicidaire	85
Annexe 6. Glossaire.....	86
Références	87
Participants	89
Fiche descriptive	91

Abréviations et acronymes

ANSM.... Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
AMM..... Autorisation de mise sur le marché
APA..... *American Psychological Association*
BPRS *Brief Psychiatric Rating Scale*
CANMAT *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments*
CPG *Clinical Practice Guidelines*
Cnamts.. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CARS-M *Clinician-Administered Rating Scale for Mania*
CIM Classification internationale des maladies
CMP Centre médico-psychologique
DREES.. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM-5... Classification *Diagnostic and statistical manual 5*
EDC Épisode dépressif caractérisé
HARS ... *Hamilton Anxiety Rating Scale*
ISBD..... *International Society for Bipolar Disorders*
ICSI *Institute for Clinical Systems Improvement*
OMS Organisation mondiale de la santé
MADRS. *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale*
MINI *Mini International Neuropsychiatric Interview*
MDQ..... *Mood Disorder Questionnaire*
MoH *Ministry of Health (Singapore)*
NZG *New Zealand Guidelines Group*
PHQ-9... *Patient Health Questionnaire-9*
PSQ *Psychosis Screening Questionnaire*
NICE *National Institute for Health and Care Excellence*
SIGN *Scottish Intercollegiate Guidelines*
RCP Résumé des caractéristiques du produit
RANZCP *Royal and New Zealand College of Psychiatrists*
TDAH Trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
VA/DoD . *Department of Veterans Affairs/Department of Defense*
WFSBP . *World Federation of Societies of Biological Psychiatry*

Introduction

Saisine

Cette demande s'inscrit dans le cadre du programme pluriannuel en santé mentale de la Haute Autorité de Santé (HAS) et répond à une saisine de la Direction générale de la santé, de la Direction générale de l'offre de soins et de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés : les troubles mentaux fréquents à partir de la dépression, avec comme objectif de sécuriser les prescriptions, promouvoir une prise en charge efficiente et améliorer le repérage des troubles bipolaires.

Contexte

Le trouble bipolaire est une pathologie chronique débutant chez l'adulte jeune et dont le handicap est très important. Il s'agit d'un trouble récurrent de l'humeur alternant des phases d'expansion de l'humeur avec une augmentation de l'énergie et des activités (manie ou hypomanie), et des baisses de l'humeur (dépression), avec des intervalles libres plus ou moins longs.

Le trouble bipolaire est l'une des pathologies psychiatriques les plus sévères, qui conduit le plus fréquemment aux tentatives de suicide, avec de nombreuses comorbidités (1).

Enjeux

Les points d'amélioration des pratiques, attendus en termes de qualité et de sécurité des soins, sont les suivants :

- réduire le délai du diagnostic d'un trouble bipolaire ;
- prévenir ainsi les complications des troubles bipolaires dont le risque suicidaire.

Objectifs des recommandations

Améliorer le repérage des patients souffrant d'un trouble bipolaire en premier recours.
Améliorer, par un repérage précoce, la prévention des complications des troubles bipolaires.

Méthode

La méthode de réalisation repose sur la méthode d'élaboration de la fiche mémo (2) disponible sur le site de la HAS (<http://www.has-sante.fr/>). La recherche documentaire est en annexe 1.

L'élaboration de cette fiche repose sur des recommandations françaises et internationales, issues des agences gouvernementales ou indépendantes, non financées par l'industrie, et sur des méta-analyses et revues de la littérature (par exemple, revues systématiques de type *Cochrane*) qui apportent des réponses ciblées.

Patients concernés

Les patients adultes et les adolescents susceptibles d'avoir un trouble bipolaire.

Sont exclus du thème traité :

- le bilan initial des troubles bipolaires (cette question est traitée dans le guide médecin : « Troubles bipolaires » relatif à l'affection de longue durée [ALD] (3) ;
- la prise en charge thérapeutique des troubles bipolaires ;
- la prise en charge des urgences médico-légales associées aux troubles bipolaires ;
- les épisodes dépressifs caractérisés, et leurs complications (chronicité, récurrence, symptômes résiduels, formes résistantes) ;
- les psychoses (la schizophrénie, etc.).

Professionnels concernés

Cette fiche mémo est principalement destinée aux médecins de premier recours : les médecins généralistes, les pédiatres.

Elle s'adresse également aux autres professionnels de santé impliqués dans le parcours de santé des personnes adultes et adolescentes ayant un trouble bipolaire, notamment : psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, gériatres, médecins addictologues, neurologues, médecins d'autres spécialités ; les professionnels des services de protection maternelle et infantile, des maternités, des maisons des adolescents.

Bien que ce document ne détaille pas leurs pratiques spécifiques, cette fiche mémo peut également être utile aux autres professionnels de santé, et travailleurs sociaux, concernés par le thème (médecins du travail, médecins scolaires, infirmiers, assistantes sociales ; travailleurs sociaux exerçant dans les missions locales ou dans les structures d'hébergement) et aux professionnels de l'Éducation nationale.

1 Introduction

Les 15 recommandations et publications suivantes ont été sélectionnées pour les questions.

Australie

- *Beyondblue. Depression in adolescents and young adults. Clinical practice guidelines*; 2011 (4) ;
- *Malhi GS, Adams D, Lampe L, Paton M, O'Connor N, Newton LA, et al. Clinical practice recommendations for bipolar disorder*; 2009 (5).

Nouvelle-Zélande

- *New Zealand Guidelines Group. Identification of common mental disorders and management of depression in primary care*; 2008 (6).

Canada

- *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013* (7) ;
- *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009* (8).

États-Unis

- *Depression and Bipolar Support Alliance. Depression and bipolar support alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in children and adolescents*; 2003 (9) ;
- *Department of Veterans Affairs/Department of Defense. VA/DoD clinical practice guideline for management of bipolar disorder in adults*; 2010 (10) ;
- *Institute for Clinical Systems Improvement. Adult depression in primary care*; 2013 (11).

Royaume-Uni

- *National Institute for Health and Clinical Excellence. Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. NICE clinical guideline 38*; 2006 (12) ;
- *National Institute for Health and Care Excellence. Bipolar disorder: the assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care. NICE clinical guideline 185*; 2014 (13) ;

- *Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Bipolar affective disorder. A national clinical guideline*; 2005 (14).

Singapour

- *Ministry of Health, Singapore. Ministry of Health clinical practice guidelines: bipolar disorder*; 2011 (15).

International

- *International Society for Bipolar Disorders. Diagnostic guidelines for bipolar disorder: a summary of the International Society for Bipolar Disorders Diagnostic Guidelines Task Force Report*; 2008 (16) ;
- *World Federation of Societies of Biological Psychiatry. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2009 on the treatment of acute mania*; 2009 (17) ;
- *World Federation of Societies of Biological Psychiatry. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2010 on the treatment of acute bipolar depression*; 2010 (18).

3 publications Anaes/HAS

- La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus, 19 et 20 octobre 2000 (19) ;
- Troubles bipolaires. Guide médecin. Guide affection longue durée ; 2009 (3) ;
- Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. Recommandation de bonne pratique ; 2014 (20).

2 recommandations françaises

- Llorca PM, Courtet P, Martin P, Abbar M, Gay C, Meynard JA, *et al.* Dépistage et prise en charge du trouble bipolaire : résultats. Recommandations formalisées d'experts (RFE) ; 2010 (21) ;
- Hamon M. Dépistage et prise en charge du trouble bipolaire. Recommandations formalisées d'experts (RFE) [éditorial] ; 2010 (1).

6 revues de la littérature

- Société française de médecine d'urgence. Critères d'hospitalisation d'un patient présentant un trouble bipolaire de l'humeur. Urgences 2011. 5^e congrès de la Société française de médecine d'urgence ; 2011 (22) ;
- Conus P, Berger G, Theodoridou A, Schneider R, Umbricht D, Michaelis-Conus K, *et al.* Intervention précoce dans les troubles bipolaires ; 2008 (23) ;
- Hättenschwiler J, Höck P, Luther R, Modestin J, Seifritz E. Troubles bipolaires : diagnostic ; 2009 (24) ;
- Rouillon F. Épidémiologie du trouble bipolaire ; 2009 (25) ;
- Geoffroy PA, Etain B, Scott J, Henry C, Jamain S, Leboyer M, *et al.* *Reconsideration of bipolar disorder as a developmental disorder: importance of the time of onset*; 2013 (26) ;
- Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. « Cade's disease » and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder; 2002 (27).

Aucune méta-analyse de type *Cochrane*, traitant spécifiquement du diagnostic, n'a été trouvée à ce jour.

3 études sur le questionnaire des troubles de l'humeur

- Weber-Rouget B, Gervasoni N, Dubuis V, Gex-Fabry M, Bondolfi G, Aubry JM. *Screening for bipolar disorders using a French version of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ)*; 2005 (28) ;

- Rouillon F, Gasquet I, Garay RP, Lancrenon S. Prévalence des troubles bipolaires en médecine générale : enquête Bipolact Impact ; 2009 (29) ;
- Rouillon F, Gasquet I, Garay RP, Lancrenon S. *Screening for bipolar disorder in patients consulting general practitioners in France*; 2011 (30).

4 études rétrospectives

- Drancourt N, Etain B, Lajnef M, Henry C, Raust A, Cochet B, et al. *Duration of untreated bipolar disorder: missed opportunities on the long road to optimal treatment*; 2013 (31) ;
- Patel NC, DelBello MP, Keck PE, Strakowski SM. *Phenomenology associated with age at onset in patients with bipolar disorder at their first psychiatric hospitalization*; 2006 (32) ;
- Brunelle J, Consoli A, Tanguy ML, Huynh C, Perisse D, Deniau E, et al. *Phenomenology, socio-demographic factors and outcome upon discharge of manic and mixed episodes in hospitalized adolescents. A chart review*; 2009 (33) ;
- Birmaher B, Axelson D, Goldstein B, Strober M, Gill MK, Hunt J, et al. *Four-year longitudinal course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders: the Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) study*; 2009 (34).

1. Repérer un trouble bipolaire

1.1 Définitions

► Avis des recommandations

Le trouble bipolaire est une pathologie chronique débutant chez l'adulte jeune et dont le handicap est très important. Il s'agit d'un trouble récurrent de l'humeur alternant des phases d'expansion de l'humeur avec une augmentation de l'énergie et des activités (manie ou hypomanie), et des baisses de l'humeur (dépression), avec des intervalles libres plus ou moins longs.

Le trouble bipolaire est l'une des pathologies psychiatriques les plus sévères, qui conduit le plus fréquemment aux tentatives de suicide, avec de nombreuses comorbidités (1).

Dès le premier épisode, le trouble bipolaire doit être considéré comme une maladie potentiellement récurrente.

Le trouble bipolaire entraîne pour le patient une vulnérabilité chronique, en raison des oscillations de l'humeur plus ou moins permanentes, et nécessite une prise en charge à vie.

Plus de 90 % des patients qui ont présenté un épisode maniaque présenteront d'autres épisodes thymiques.

Les troubles consistent soit en une élévation de l'humeur et une augmentation de l'activité et de l'énergie (état maniaque et hypomaniaque), soit en une baisse de l'humeur (dépression).

Les épisodes des troubles bipolaires peuvent être classés en tant qu'épisodes :

- hypomaniaques, maniaques sans symptômes psychotiques ;
- maniaques avec des symptômes psychotiques ;
- dépressifs légers ou modérés sans symptômes psychotiques ;
- dépressifs sévères sans symptômes psychotiques ;
- dépressifs sévères avec symptômes psychotiques ;
- ou mixtes.

Les épisodes peuvent être caractérisés soit par une élévation de l'humeur avec une augmentation de l'énergie et de l'activité (c'est-à-dire un épisode maniaque ou hypomaniaque), soit par une baisse de l'humeur avec diminution de l'activité et de l'énergie.

De nombreux épisodes démarrent brutalement et durent entre 2 semaines et 4 ou 5 mois environ (la médiane de la durée des épisodes est environ de 4 mois). Durant les épisodes aigus, l'humeur du patient, son comportement et ses activités peuvent être significativement perturbés.

La récupération peut ou peut ne pas être totale entre les épisodes. Le schéma des rémissions et des rechutes est très variable, bien que la durée des rémissions ait tendance à se réduire de plus en plus avec le temps, lorsque les troubles ne sont pas traités. Les épisodes de dépression deviennent de plus en plus fréquents et durent de plus en plus longtemps.

Le trouble bipolaire de type I est constitué d'un ou de plusieurs épisodes maniaques ou épisodes mixtes. Les sujets ont souvent un ou plusieurs épisodes dépressifs caractérisés. Le trouble bipolaire de type II est constitué d'un ou de plusieurs épisodes dépressifs, accompagnés par au moins un épisode hypomaniaque (12).

La prévalence au cours de la vie, pour les troubles bipolaires de type I, est estimée à 1 % pour la population des adultes. Les troubles bipolaires de type II (dépression et hypomanie) affectent environ 0,4 % des adultes (13).

Le guide médecin de 2009 de la HAS (3) précise :

selon le DSM-IV (35)¹, les troubles bipolaires sont catégorisés en trouble bipolaire de type I, trouble bipolaire de type II et trouble bipolaire non spécifié.

Les troubles bipolaires de type I sont caractérisés par la présence d'au moins un épisode maniaque ou mixte.

Les troubles bipolaires de type II sont caractérisés par la survenue d'un ou de plusieurs épisodes dépressifs majeurs et d'au moins un épisode hypomaniaque.

Selon les recommandations du *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT)*, 2009 (8), en contraste de la dépression unipolaire au spectre bipolaire plus largement défini, le trouble bipolaire de type I (caractérisé principalement par un épisode maniaque) défini par le DSM-IV semble avoir, dans le monde entier, une incidence au cours de la vie dans un intervalle qui varie entre 0,5 et 1,6 %.

Les recommandations de l'*International Society for Bipolar Disorders (ISBD)*, 2008 (16), proposent des modifications (en gras dans le tableau ci-dessous) pour les critères des troubles bipolaires de type II d'après le DSM-IV.

Tableau 1. Modifications des critères pour les troubles bipolaires de type II du DSM-IV d'après l'*International Society for Bipolar Disorders (ISBD)*, 2008 (16)

A. Présence (ou antécédent) d'un ou de plusieurs épisodes dépressifs caractérisés.
B. Présence (ou antécédent) d'un épisode hypomaniaque.
C. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou d'épisode mixte maniaque.
D. Les symptômes de l'humeur des critères A et B ne sont pas mieux expliqués par un trouble schizo-affectif, et ne se superposent pas à une schizophrénie, un trouble schizo-phréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.
E. Les symptômes de dépression entraînent une détresse cliniquement significative ou une détérioration des activités sociales, du fonctionnement professionnel, ou d'autres domaines importants de fonctionnement. Les symptômes hypomaniaques n'entraînent pas nécessairement une détresse cliniquement significative ou une détérioration du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou d'autres domaines importants de fonctionnement.
• Évolution spécifique • Avec une prédominance de polarité hypomaniaque ou dépressive

Lorsque des symptômes psychotiques associés sont présents, l'épisode maniaque ou l'état mixte sont caractérisés en tant qu'état maniaque psychotique ou état mixte psychotique (8).

Les troubles bipolaires sont souvent associés à d'autres troubles tels que les troubles de l'anxiété, l'utilisation de substances psychoactives illicites, les troubles de la personnalité, les troubles de l'attention et de l'hyperactivité (13).

► Les revues

Selon la revue de Hättenschwiler *et al.*, 2009 (24), les troubles bipolaires I et II ont en commun des dépressions récidivantes, alternant avec un épisode maniaque dans le trouble bipolaire I et un épisode hypomaniaque dans le trouble bipolaire II.

Les évolutions rares avec les phases exclusivement maniaques figurent dans les troubles bipolaires : tout d'abord des phases dépressives se manifesteront tôt ou tard, et il y a entre troubles maniaco-dépressifs et unipolaires maniaques (contrairement aux unipolaires dépressifs) de nombreux points communs (par ex. âge de déclenchement, évolution de la maladie, etc.).

¹ Une sélection des critères diagnostiques du DSM-IV est présentée dans l'annexe 3.

La revue de Hättenschwiler *et al.*, 2009 (24), cite les caractéristiques diagnostiques des troubles bipolaires I et II présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2. Caractéristiques diagnostiques des troubles du spectre bipolaire d'après Hättenschwiler *et al.*, 2009 (24)

Trouble bipolaire I	Au moins un épisode maniaque ; un épisode dépressif peut s'être manifesté ou pas.
Trouble bipolaire II	Au moins un épisode hypomaniaque en plus de l'épisode dépressif.
Trouble bipolaire III	Comme trouble bipolaire II, mais épisode hypomaniaque provoqué par le traitement antidépresseur.
Trouble bipolaire IV (provisoire)	Épisodes dépressifs dans la cyclothymie ou l'hyperthymie.
Rapid cycling	Au moins 4 phases par an.
Ultra rapid cycling	Alternance des phases en quelques jours.
Ultra-ultra rapid cycling	Alternance des phases en quelques heures.
Troubles bipolaires mixtes	Symptômes hypomaniaques, maniaques et dépressifs apparaissant simultanément ou en alternance très rapide.
Trouble cyclothymique	À long terme symptômes dépressifs et hypomaniaques. Critères d'épisodes dépressifs ou (hypo-) maniaques non remplis.
Tempérament hyperthymique	Personnalité extravertie, expansive.

Selon la revue de la littérature de Conus *et al.*, 2008 (23), il serait également utile de développer des approches diagnostiques mieux adaptées à ces situations cliniques. Les classifications actuelles proposent des catégories compatibles avec des troubles bien constitués, alors que l'on observe, au début d'un trouble, que la présentation clinique est souvent moins clairement définie et ne correspond à aucune de ces catégories.

1.2 Chez qui y penser ?

1.2.1 Face à un épisode maniaque inaugural : les définitions des critères diagnostiques pour un épisode maniaque

► Avis des recommandations

Les critères de l'état maniaque selon les classifications de la CIM-10 (36), du DSM-IV (35) et du DSM-5 (37) (traduction non validée) sont présentés dans l'annexe 3 du rapport d'élaboration.

Selon les recommandations du *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* de 2014 (13), le trouble bipolaire est caractérisé par :

- des épisodes de manie (humeur anormalement élevée ou irritabilité et les symptômes associés à une dégradation sévère du fonctionnement ou des symptômes psychotiques durant au moins 7 jours) ;
- ou une hypomanie (humeur anormalement élevée ou irritabilité et les symptômes associés à une dégradation ou à une augmentation du fonctionnement durant au moins 4 jours) et des épisodes dépressifs.

Les recommandations de l'*Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)* de 2013 (11) proposent des critères diagnostiques pour un épisode aigu maniaque ou hypomaniaque, selon la classification du DSM-5 qui est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3. Critères du DSM-5 pour les épisodes hypomaniaques ou maniaques selon l'*Institute for Clinical Systems Improvement (ICS)*, 2013 (11) ; les italiques concernent les critères nouveaux par rapport au DSM-IV

A. Une période nettement délimitée d'élévation anormale de l'humeur ou d'humeur expansive ou irritable ou <i>d'une augmentation de l'activité ou de l'énergie orientée vers un but</i> durant au moins une semaine, et présente tout le long de la journée presque tous les jours (ou moins, si une hospitalisation est nécessaire).
B. <i>D</i> urant la période des troubles de l'humeur et de l'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins 3 des symptômes suivants doivent être présents à un degré significatif et constituent un changement notable du comportement habituel (4 symptômes si l'humeur est seulement irritable) : • augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur ; • réduction du besoin de sommeil (par exemple se sentir reposé après seulement 3 heures de sommeil) ; • plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment ; • fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent ; • distractibilité (par exemple l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants telle qu'elle est rapportée ou observée) ; • augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice (par exemple sans objet, activité non orientée vers un but) ; • engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (par exemple la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).
C. La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles, ou pour nécessiter l'hospitalisation afin de prévenir les conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien, s'il existe des caractéristiques psychotiques.
D. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (donnant lieu à un abus, médicament) ou à une affection médicale généralisée.
E. Les symptômes ne correspondent pas aux critères de l'épisode mixte.

Les recommandations de la *World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP)* de 2009-2010 (17, 18), comme les recommandations nord-américaines du *Department of Veterans Affairs (VA)* de 2010 (10), proposent les définitions des critères diagnostiques pour un épisode maniaque, d'après le DSM-IV-TR, dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4. Critères diagnostiques du DSM-IV-TR pour un épisode maniaque d'après la *World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP)*, 2009-2010 (17, 18), et le *Department of Veterans Affairs (VA)*, de 2010 (10)

A. Une période nettement délimitée d'élévation anormale de l'humeur ou d'humeur expansive ou irritable durant au moins une semaine, (ou moins, si une hospitalisation est nécessaire).
B. Durant la période des troubles de l'humeur, au moins 3 des symptômes suivants doivent être présents à un degré significatif (4 symptômes si l'humeur est seulement irritable) et constituent un changement notable : • augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur ; • réduction du besoin de sommeil (par exemple se sentir reposé après seulement 3 heures de sommeil) ; • plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment ; • fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent ; • distractibilité (par exemple l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants telle qu'elle est rapportée ou observée) ; • augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice (par exemple sans objet, activité non orientée vers un but) ; • engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (par exemple la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites

sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).
C. Les symptômes ne correspondent pas aux critères de l'épisode mixte.
D. La perturbation de l'humeur : 1) est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles ; 2) ou nécessite l'hospitalisation afin de prévenir les conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui ; 3) ou il existe des caractéristiques psychotiques.
E : Les symptômes ne sont pas dus : - aux effets physiologiques directs d'une substance (donnant lieu à un abus, un médicament ou une autre thérapeutique) - ou à une affection médicale généralisée, par exemple un hyperthyroïdisme.

Selon les recommandations de la *World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 2009 (17), la fréquence des symptômes observés cliniquement durant un épisode aigu maniaque est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5. Fréquence des symptômes observés cliniquement durant un épisode aigu maniaque d'après la *World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 2009 (17)

Symptômes		Moyenne pondérée (%)	
Symptômes de l'humeur	Irritabilité	71	
	Euphorie	63	
	Dépression	46	
	Labilité	49	
	Expansivité	60	
Symptômes cognitifs	Idées de grandeur	73	
	Fuite des idées, pensées qui défilent	76	
	Distractibilité, concentration diminuée	75	
	Confusion	29	
Symptômes psychotiques	Délire	53	Délire de grandeur : 31 Délire de la persécution et délire paranoïaque : 29 Délire passif : 12
	Hallucinations	23	Auditives : 18 Visuelles : 12 Olfactives : 15
	Présence d'un antécédent de symptôme psychotique	61	
	Trouble de la pensée	19	
	Symptômes de premier rang de <i>Schneiderian</i>	18	

Activité et comportement pendant l'épisode maniaque	Hyperactivité	90	
	Réduction du besoin de sommeil	83	
	Violence, comportement agressif	47	
	Élocution rapide	88	
	Hyperverbosité	89	
	Nudité, exposition sexuelle	29	
	Hypersexualité	51	
	Extravagance	32	
	Religiosité	39	
	Régression (prononcée)	28	
	Catatonie	24	
	Incontinence fécale (traces)	13	

Selon les recommandations du *Ministry of Health, Singapore (MoH)*, 2011 (15), les signes et les symptômes de l'état maniaque incluent : une période délimitée anormale et persistante d'élévation de l'humeur ou d'humeur expansive ou irritable d'une durée d'au moins une semaine ou de n'importe quelle durée si une hospitalisation est nécessaire.

Durant la période des troubles de l'humeur, 3 ou plus des symptômes suivants ont persisté (4 si l'humeur est seulement irritable) et ont été présents à un degré significatif :

- augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur ;
- réduction du besoin de sommeil ;
- plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment ;
- fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent ;
- distractibilité ;
- augmentation de l'activité orientée vers un but ou agitation psychomotrice ;
- engagement excessif dans des activités agréables, mais à potentiel élevé de conséquences dommageables.

Les recommandations du *New Zealand Guidelines Group (NZGG)* de 2008 (6) proposent les symptômes suivants pour l'épisode maniaque :

- une période d'élévation de l'humeur ou d'humeur expansive ou irritable ou d'une augmentation de l'activité ou de l'énergie orientée vers un but ;
- une réduction du besoin de sommeil (se sentir reposé après 3 heures de sommeil) ;
- une plus grande communicabilité et un désir de parler constamment ;
- des idées de grandeur ;
- un engagement excessif dans des activités agréables, mais à potentiel élevé de conséquences dommageables excessives ;
- une augmentation de l'activité physique et mentale ;
- faire preuve d'un manque de jugement ;
- dans certains cas des hallucinations.

Les recommandations de l'*International Society for Bipolar Disorders (ISBD)* de 2008 (16) proposent les critères suivants pour l'épisode maniaque en se basant sur la classification de la CIM-10.

Tableau 6. Critères pour l'épisode maniaque d'après la CIM-10 selon l'*International Society for Bipolar Disorders (ISBD)*, 2008 (16)

Cette maladie est caractérisée par une augmentation ou une irritabilité de l'humeur. Ce trouble de l'humeur est souvent associé à une dysphorie ou à une anxiété ou simplement à une humeur déprimée et un comportement agressif associé peut survenir. Dans les présentations classiques de l'épisode maniaque l'état de l'humeur est euphorique. Cet état de l'humeur est associé à une augmentation de l'énergie, résultant d'une hyperactivité (orientée vers un but et non de dysfonctionnement), fuite des idées, le désir de parler constamment et une diminution du besoin de dormir.
Les inhibitions sociales sont perdues, l'attention ne peut pas être soutenue, et il existe souvent une distractibilité marquée.
Il existe une augmentation de l'estime de soi et des idées de grandeur ou excessivement optimistes peuvent être librement exprimées.
Lorsqu'ils sont présents les comportements classiques impulsifs sont souvent diagnostiqués. Lorsqu'ils sont absents, ils ne permettent pas de statuer en faveur de la maladie.
Le patient peut s'engager dans des projets extravagants ou impossibles, réaliser des dépenses d'argent inconsidérées, devenir agressif, facétieux dans des circonstances inappropriées.
La perturbation de l'humeur persiste au moins une semaine et est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales, plus ou moins complètement.
La perturbation de l'humeur doit être accompagnée par une diminution du besoin de sommeil (qui peut survenir avec soit une augmentation de l'énergie et un besoin en sommeil normal/diminué soit avec une énergie normale ou augmentée et une diminution du besoin de sommeil) et plusieurs des symptômes cités plus haut.
Particulièrement, le désir de parler constamment, l'augmentation de l'activité orientée vers un but, la fuite des idées. La dégradation du fonctionnement est importante.

Selon les recommandations du *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT)*, 2009 (8), les épisodes maniaques ne sont pas uniformes. Ils ne répondent pas toujours à des différenciations cliniques claires. Un éventail large de symptômes, au-delà de ceux qui définissent le trouble bipolaire, peut survenir dans l'épisode aigu maniaque.

Les recommandations australiennes de 2009 de Malhi et al. (5) proposent les signes et les symptômes associés à l'état maniaque.

Tableau 7. Signes et symptômes associés à l'état maniaque d'après Malhi et al., 2009 (5)

Signes et symptômes	Épisode maniaque
Apparence	Tenue étrange, voyante ou inhabituelle
Comportement	Augmentation de la sociabilité, de l'activité orientée vers un but (bien que souvent inefficace), de l'impulsivité des comportements avec prises de risque et augmentation des pulsions sexuelles
Cognition	Distraction ou porte une attention particulière à des détails non pertinents. Difficulté à planifier, à raisonner, capacité diminuée à prendre des décisions
Énergie	Augmentation marquée de l'énergie
Humeur	Humeur anormale et élation soutenue ou euphorie ou irritabilité

Modifications psychomotrices	Nervosité ou agitation
Sommeil	Réduction du besoin de sommeil
Élocution	À un niveau sonore élevé, accélérée, rapide. Personne bavarde et difficile à interrompre
Contenu de la pensée	Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur
Forme de la pensée	Fuite des idées ou sensation que les pensées défilent, pensées tangentielles, prolixités circonlocutoires

1.2.2 Chez un patient ayant un épisode dépressif, comment identifier un trouble bipolaire : quels arguments sont en faveur d'un trouble bipolaire ?

► Rechercher un antécédent de manie

Avis des recommandations

Selon les recommandations de l'*Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)*, 2013 (11), un épisode maniaque complet qui apparaît durant un traitement antidépresseur (par exemple une électroconvulsothérapie), à condition que les symptômes persistent au-delà des effets physiologiques du traitement, constitue une preuve suffisante pour un épisode maniaque et par conséquent pour diagnostiquer un trouble bipolaire de type I.

Selon le *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, 2014 (13), les patients adultes se présentant en soins de premier recours avec une dépression doivent être interrogés sur leurs épisodes passés de période d'hyperactivité ou de comportement désinhibé. Si l'hyperactivité ou le comportement désinhibé a duré au moins 4 jours ou plus, envisager d'adresser le patient à un spécialiste en santé mentale pour une évaluation.

Les critères de l'état maniaque selon les classifications de la CIM-10 (36), du DSM-IV (35) et du DSM-5 (37) (traduction non validée) sont présentés dans l'annexe 3 du rapport d'élaboration.

► Rechercher un antécédent d'épisode hypomaniaque

Avis des recommandations

Les recommandations nord-américaines du *Department of Veterans Affairs (VA)* de 2010 (10) précisent, d'après le DSM-IV, les critères d'un épisode hypomaniaque qui sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 8. Critères diagnostiques pour un épisode hypomaniaque d'après le *Department of Veterans Affairs (VA)*, 2010 (10)

A. Une période nettement délimitée d'élévation de l'humeur ou d'humeur expansive ou irritable durant au moins 4 jours consécutifs qui est clairement différente de l'humeur habituelle non déprimée.
B. Durant la période de trouble de l'humeur au moins 3 des symptômes suivants ont persisté (4 symptômes si l'humeur est seulement irritable). Les symptômes ont été présents à un degré significatif : • augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur ; • réduction du besoin de sommeil (se sentir reposé après seulement 3 heures de sommeil) ; • plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment ; • fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent ; • distractibilité (l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants) ; • augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice ; • engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences domma-

A. Une période nettement délimitée d'élévation de l'humeur ou d'humeur expansive ou irritable durant au moins 4 jours consécutifs qui est clairement différente de l'humeur habituelle non déprimée.
geables (par exemple la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).
C. L'épisode est associé à un changement sans équivoque dans le fonctionnement qui n'est pas caractéristique de la personne quand elle n'est pas symptomatique.
D. La perturbation de l'humeur et le changement du fonctionnement sont observables par les autres.
E. L'épisode 1) n'est pas assez sévère pour entraîner une altération marquée des activités sociales ou du fonctionnement professionnel, 2) ne nécessite pas une hospitalisation et 3) il n'existe pas de caractéristiques psychotiques.
F. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (un médicament, donnant lieu à un abus ou une autre thérapeutique) ou liés à une maladie associée (par exemple un hyperthyroïdisme).

Les recommandations de l'*International Society for Bipolar Disorders (ISBD)* de 2008 (16) proposent une révision de la classification du DSM-IV pour l'épisode hypomaniaque (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 9. Modifications proposées (en gras) sur les critères du DSM-IV pour un épisode hypomaniaque d'après l'*International Society for Bipolar Disorders (ISBD)*, 2008 (16)

Ajouter au critère A :	Une période nettement délimitée d'élévation de l'humeur ou d'humeur expansive ou irritable durant au moins 2 jours consécutifs qui est clairement différente de l'humeur habituelle non déprimée.
Pour le critère E :	L'épisode n'est pas assez sévère pour entraîner une altération marquée des activités sociales ou du fonctionnement professionnel, ou ne nécessite pas une hospitalisation, et il n'existe pas de caractéristiques psychotiques bien que des symptômes légers à modérés puissent être présents (hypomanie mixte) .
Pour le critère F :	Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (un médicament, donnant lieu à un abus ou une autre thérapeutique) ou liés à une maladie associée (par exemple, hyperthyroïdisme) mais peuvent survenir dans le contexte d'un traitement médicamenteux, d'une prise de substance ou d'une maladie physique jusqu'à ce que les symptômes ne soient pas étiologiquement liés à ceux-ci de manière évidente.

Les recommandations de l'*International Society for Bipolar Disorders (ISBD)* de 2008 (16) proposent des modifications (en gras) de la définition de l'épisode hypomaniaque pour le type II selon la CIM-10 (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 10. Modifications (texte gras) de la définition de l'épisode hypomaniaque selon la CIM-10 d'après l'*International Society for Bipolar Disorders (ISBD)*, 2008 (16)

Cette maladie est caractérisée par la présence d'au moins un épisode dépressif caractérisé et au moins un épisode hypomaniaque.
L'hypomanie correspond à un seuil inférieur de la manie dans lequel il y a une présence d'une élévation légère, mais persistante, de l'humeur (depuis au moins 7 jours), de l'énergie et de l'activité, associée habituellement à un sentiment intense de bien-être et d'efficacité physique et psychique.
Il existe une augmentation de la sociabilité, du désir de parler, de la familiarité ou de l'énergie sexuelle, et

une réduction du besoin de sommeil. Ces symptômes ne sont toutefois pas assez marqués pour entraver le fonctionnement professionnel ou pour entraîner un rejet social.
L'euphorie et la sociabilité sont parfois remplacées par une irritabilité ou des attitudes vaniteuses ou grossières.
Plusieurs des caractéristiques mentionnées ci-dessus cohérentes avec des augmentations ou des modifications de l'humeur et l'augmentation de l'activité doivent être présentes depuis au moins plusieurs jours. Si les modifications de l'humeur et du comportement entraînent de manière considérable une interférence avec le travail et le fonctionnement social, un épisode maniaque doit être diagnostiqué.

► Devant un épisode dépressif

Les critères diagnostiques pour un épisode dépressif

Avis des recommandations

Les recommandations nord-américaines du *Department of Veterans Affairs* (VA), 2010 (10) précisent les critères diagnostiques pour un épisode dépressif selon le DSM-IV (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 11. Critères diagnostiques pour un épisode dépressif selon le DSM-IV d'après le *Department of Veterans Affairs* (VA), 2010 (10)

A. Un épisode dépressif est caractérisé par au moins 5 des symptômes suivants qui doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Au moins un des symptômes qui est soit 1) une humeur dépressive, soit 2) une perte d'intérêt ou de plaisir. NB : ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.
1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent triste ou vide) ou observée par les autres (ex. : pleure). NB : cela peut être une irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.
2) Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (ex. : modification du poids corporel excédant 5 % en 1 mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. Remarque : chez l'enfant, prendre en considération l'absence de gain de poids attendu.
4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
6). Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7) Sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement la peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentatives de suicide ou plan précis pour se suicider.
B. Les symptômes ne remplissent pas les critères d'un épisode mixte.
C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.
D. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance (abus médicamenteux ou d'une substance illicite psychoactive) ou à une autre affection médicale (par exemple hypothyroïdisme).
E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire, après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou sont caractérisés par une altération marquée du fonctionnement, un sentiment morbide d'inutilité, des idées suicidaires, des symptômes psychotiques, ou un retard psychomoteur.

Les recommandations du *Ministry of Health, Singapore (MoH)*, 2011 (15), indiquent d'après le DSM-IV les signes et les symptômes de la dépression qui sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 12. Signes et symptômes de la dépression selon le DSM-IV d'après le *Ministry of Health, Singapore (MoH)*, 2011 (15)

Au moins 5 des symptômes suivants qui doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

- humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ;
- diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres) ;
- perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (ex. : modification du poids en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours ;
- insomnie ou hypersomnie presque tous les jours ;
- agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours ;
- fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours ;
- sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours ;
- diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours ;
- pensées récurrentes de mort, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentatives de suicide ou plan précis pour se suicider.

Les recommandations de l'*International Society for Bipolar Disorders (ISBD)* de 2008 (16) proposent d'ajouter des modifications à la définition de l'épisode dépressif bipolaire de la CIM-10 (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 13. Modifications de la définition de l'épisode dépressif de la CIM-10 selon l'*International Society for Bipolar Disorders (ISBD)*, 2008 (16)

Dans les épisodes dépressifs de tous types, les patients souffrent d'une humeur dépressive, de la perte d'intérêt et de la diminution marquée du plaisir, de fatigabilité ou de perte d'énergie presque tous les jours, une fatigue marquée après un léger effort est commune.

Les autres symptômes communs sont une concentration et une attention réduites, des sentiments de dévalorisation et de manque de confiance en soi, de culpabilité excessive ou inappropriée (même pour les épisodes dépressifs d'intensité légère), des perspectives sur l'avenir sombres ou pessimistes, des pensées de mort, des idées suicidaires ou des tentatives de suicide, une diminution ou une augmentation de l'appétit.

Pour les épisodes dépressifs de tous les niveaux de sévérité la durée d'au moins 2 semaines est généralement requise pour le diagnostic.

Les symptômes psychotiques de délusions ou d'hallucinations peuvent ou peuvent ne pas survenir.

Face à un épisode dépressif, les arguments en faveur d'un trouble bipolaire

Selon les recommandations du ***Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT)* en 2009 (8)** différencier un épisode dépressif caractérisé des troubles bipolaires et particulièrement d'un trouble bipolaire de type II peut être considéré comme un challenge.

Un épisode maniaque émergeant durant un traitement antidépresseur peut être qualifié en tant qu'épisode maniaque d'un trouble bipolaire à condition que les symptômes persistent au-delà des effets physiologiques du traitement.

Plusieurs études ont montré que les troubles bipolaires, comparativement à un épisode dépressif caractérisé, sont associés à :

- un âge de survenue significativement précoce ;
- des récurrences nombreuses ;
- des dépressions mixtes ou atypiques ;
- des antécédents familiaux de trouble bipolaire ou de suicide avéré.

Les états mixtes sont hautement prédictifs d'un trouble bipolaire spécialement pour les troubles bipolaires de type II.

De plus les états mixtes sont associés à :

- une augmentation du risque d'avoir au cours de la vie un trouble psychiatrique comorbide ;
- une augmentation du nombre d'épisodes maniaques ;
- un pourcentage très important de prises de traitements ;
- et un pourcentage peu élevé d'emploi à plein temps.

Les recommandations du *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT), 2009 (8), pour le trouble bipolaire de type I suggèrent que le critère DSM-IV pour l'épisode maniaque demeure inchangé, mais que le critère pour la dépression bipolaire inclut une approche probalistique. Cette approche prend en compte la présence :

- de symptômes dépressifs atypiques (hypersomnie, hyperphagie, ou paralysie de plomb) ;
- d'un trouble psychomoteur ;
- des signes psychotiques ou d'une culpabilité pathologique ;
- et le signe d'un antécédent familial positif de trouble bipolaire.

Les recommandations du *New Zealand Guidelines Group* (NZGG) en 2008 citent (6) :

« Les symptômes de la dépression avec des caractéristiques de mélancolie marquée ou d'épisodes maniaques/hypomaniaques peuvent indiquer une dépression bipolaire, spécialement s'il existe des antécédents familiaux. »

Selon **les recommandations de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) en 2013** (11), de nombreux patients ayant un trouble bipolaire ressentent de l'hypomanie ou un état maniaque avant le premier épisode dépressif.

Le critère diagnostique pour un épisode dépressif d'un trouble bipolaire est identique au critère diagnostique pour le trouble dépressif unipolaire.

Lorsque l'on diagnostique un trouble dépressif caractérisé unipolaire, il faut rechercher l'existence d'épisodes hypomaniaques ou maniaques en utilisant les critères du DSM-5.

Les recommandations de l'*International Society for Bipolar Disorders* (ISBD) de 2008 (16) indiquent qu'une attention spéciale doit être apportée face aux critères suivants :

- des symptômes dépressifs atypiques (hypersomnie, hyperphagie ou paralysie de plomb) ;
- des troubles psychomoteurs ;
- des caractéristiques psychotiques ou une sensation de culpabilité pathologique ;
- la présence d'un antécédent familial d'un trouble bipolaire.

Les recommandations de l'ISBD citent :

« Certains critères sont caractéristiques des troubles bipolaires en opposé à la dépression unipolaire :

- une augmentation du besoin de sommeil et ou de l'appétit ;
- un ralentissement psychomoteur prononcé ;
- des caractéristiques psychotiques ;

- une humeur labile ;
- un âge précoce de début de dépression (< 20 ans) ;
- des récurrences extrêmement fréquentes (> 5 épisodes) ;
- des troubles psychomoteurs ;
- des épisodes dépressifs de durée brève (< 3 mois en durée) ;
- un déroulement à cycles rapides ;
- un antécédent familial positif de trouble bipolaire.

Les recommandations australiennes de Malhi et al., 2009 (5), indiquent les signes et les symptômes associés de la dépression bipolaire, présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 14. Signes et symptômes de la dépression bipolaire d'après Malhi et al., 2009 (5)

Signes symptômes	
Apparence	Attention diminuée sur l'apparence physique, la toilette ou l'hygiène personnelle.
Comportement	Intérêt réduit ou diminution du plaisir dans la plupart des activités. Diminution de la propension à débiter des activités. Appétit réduit, perte de poids.
Cognition	Concentration diminuée. Problèmes avec la mémoire à court terme. Difficulté à prendre des décisions.
Énergie	Énergie diminuée, léthargie.
Humeur	Humeur déprimée, tristesse, sensation de dévalorisation, variation diurne de l'humeur.
Modifications psychomotrices	Ralentissement (élocution ralentie ; pensées et mouvements ralentis).
Sommeil	Sommeil perturbé, insomnie, réveil trop précoce le matin, hypersomnie, sieste dans la journée.
Élocution	Ralentie, diminution du volume, variation réduite de la tonalité, réduite en contenu.
Contenu de la pensée	Diminution de l'estime de soi, idées de tristesse et sensation d'être sans défense.
Forme de la pensée	Pensées récurrentes de mort, idées suicidaires (avec planification et tentatives), sentiments inappropriés ou excessifs de culpabilité, de dévalorisation (peut être délirant). Appauvrissement, ralentissement de la pensée, ruminations négatives.

La World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP), 2010 (18), indique pour le diagnostic d'une dépression bipolaire que les critères diagnostiques du DSM-IV (*American Psychiatric Association*) et de la CIM-10 (Organisation mondiale de la santé), pour les épisodes dépressifs caractérisés faisant partie du trouble bipolaire, ne sont pas différents des critères diagnostiques définis pour les épisodes dépressifs caractérisés de la dépression unipolaire.

Un nombre de patients relativement important considérés depuis plusieurs dizaines d'années comme ayant une dépression unipolaire peuvent présenter des épisodes hypomaniaques ou mixtes.

La WFSBP recommande :

- interroger avec soin les sujets qui présentent un épisode dépressif caractérisé sur les antécédents d'état maniaque et d'hypomanie est d'une importance capitale, car les professionnels de santé sont moins sensibilisés à détecter :

- un antécédent d'épisode hypomaniaque spontané,
- ou un antécédent de traitement associé à un épisode hypomaniaque.

Certains symptômes ont été rapportés comme étant plus fréquents dans la dépression bipolaire tels que :

- la paralysie de plomb ;
- l'hypersomnie ;
- ou l'augmentation de l'appétit.

D'autres critères peuvent constituer une indication d'une évolution sous-jacente d'un trouble bipolaire tels que :

- la survenue précoce de la maladie, de symptômes ;
- ou un antécédent familial d'un trouble bipolaire ;
- un épisode dépressif unipolaire caractérisé agité ;
- les autres signes discrets du spectre des troubles bipolaires.

Regardant les différences sur la symptomatologie de 2 grandes études de cohorte de patients ayant un trouble unipolaire et bipolaire, 8 items de symptômes individuels sur la *Montgomery Åsberg Depression Rating Scale* (MADRS) et sur la *Hamilton Anxiety Rating Scale* ont été identifiés et sont synthétisés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 15. Symptomatologie des troubles bipolaire et unipolaire d'après deux études de cohorte selon la *World Federation of Societies of Biological Psychiatry* (WFSBP), 2010 (18)

Les symptômes les plus fréquents chez les sujets bipolaires sont :	Les symptômes les plus fréquents chez les patients unipolaires sont :
La tension intérieure Les idées pessimistes Les idées de suicide et de peur	La tristesse apparente Le sommeil réduit Les symptômes cognitifs et plusieurs symptômes somatiques d'anxiété

La WFSBP propose une approche probabiliste pour différencier un épisode dépressif de la dépression unipolaire *versus* un épisode dépressif du trouble bipolaire, présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 16. Approche probabiliste pour différencier un épisode dépressif de la dépression unipolaire *versus* un épisode dépressif du trouble bipolaire d'après la *World Federation of Societies of Biological Psychiatry* (WFSBP), 2010 (18)

La plus grande probabilité pour le diagnostic de dépression bipolaire I doit être envisagée si 5 des caractéristiques suivantes sont présentes (a)	La plus grande probabilité pour le diagnostic de dépression unipolaire doit être envisagée si 4 des caractéristiques suivantes sont présentes (a)
Symptomatologie et signes de l'état mental	
Hypersomnie et/ou augmentation des siestes dans la journée	Insomnie initiale/manque de sommeil
Hyperphagie et/ou augmentation du poids	Perte d'appétit et/ou de poids
Présence d'autres symptômes atypiques dépressifs tels qu'une paralysie de plomb	
Retard psychomoteur	Niveau d'activité normal ou augmenté
Caractéristiques psychotiques et/ou culpabilité pathologique	Plaintes somatiques
Labilité de l'humeur/symptômes maniaques	

Évolution de la maladie	
Survenue précoce de la première dépression (< 25 ans) (a)	Survenue tardive de la première dépression (> 25 ans) (a)
Nombreux épisodes antérieurs de dépression (≥ 5 épisodes) (a)	Durée prolongée de l'épisode dépressif en cours (> 6 mois) (a)
Antécédents familiaux	
Antécédent familial d'un trouble bipolaire positif	Antécédent familial d'un trouble bipolaire négatif

Sur l'approche probabiliste proposée par la *World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP)*, 2010 (18), dans les cas individuels, la présence ou l'absence de chaque critère peut ne pas contribuer à le diagnostiquer avec certitude.

La confirmation des critères spécifiques qui doivent être utilisés nécessite une réflexion et la réalisation d'études futures.

Selon les recommandations formalisées d'experts de Llorca *et al.*, 2010 (21), les signes qui doivent faire évoquer un trouble bipolaire chez un sujet déprimé sont :

- un âge de début précoce ;
- des caractéristiques mélancoliques ;
- une dépression agitée ;
- une histoire de conduite suicidaire grave ;
- un épisode dépressif majeur du *post-partum*.

► Revue de la littérature

Selon la revue de la littérature de Hättenschwiler *et al.*, 2009 (24), plus de la moitié des troubles bipolaires commencent par une dépression.

La CIM-10 indique comme symptômes :

- humeur abaissée ;
- manque d'intérêt ;
- perte d'élan vital comme grands symptômes dépressifs ;
- humeur euphorique et excitabilité comme symptômes maniaques.

La dépression bipolaire, avec une souffrance profonde, un risque suicidaire accru, et le fait que les patients bipolaires passent en moyenne beaucoup plus de temps en épisodes dépressifs que maniaques (bipolaires I 31 %, bipolaires II jusqu'à 51 % de leur existence), constitue un défi important aussi bien pour le médecin que pour le patient.

Dans la dépression atypique, des événements positifs (bonnes nouvelles, visite, contacts, discussions) peuvent rehausser momentanément l'humeur.

Dans cette forme, qui totalise 30-40 % des cas :

- les patients ont un besoin de sommeil exagérément augmenté, sont fatigués malgré un sommeil suffisant et rapidement épuisés ;
- leur appétit est augmenté (surtout pour les douceurs, fringale d'hydrates de carbone), ils prennent du poids et réagissent de manière hypersensible au rejet ;
- les symptômes maniaques tels que surestime de soi, hyperactivité et désinhibition peuvent acculer les patients à la ruine personnelle et/ou financière et fortement perturber leur entourage. L'humeur est typiquement euphorique, souvent dysphorique (manie irritable) ;
- les symptômes psychotiques, sous forme de délires, sont présents jusqu'à 20 % dans les phases dépressives (délire de péché, de responsabilité, d'appauvrissement et hypochondriaque) et sont présents dans 50 % environ des épisodes maniaques (folie des grandeurs) ;

- ces délires sont synthymiques à la phase correspondante de la maladie. Jusqu'à 60 % des patients bipolaires aggravent encore leur situation par la consommation d'alcool et de drogues ;
- dans une hypomanie ou au début d'une phase maniaque, les patients ont souvent l'impression d'avoir vaincu leur vague à l'âme et interrompent leur traitement ;
- les nouveaux symptômes n'apparaissent que plus tard, ce qui fait que la relation causale entre l'arrêt des médicaments et la récurrence n'est pas souvent établie.

Selon la revue de la littérature de Hättenschwiler et al., 2009 (24), alors que le diagnostic de trouble bipolaire est facile à poser en présence d'une manie, la situation est plus complexe dans une dépression.

Environ 25 % des dépressifs diagnostiqués comme unipolaires développent dans les 9 ans qui suivent une phase hypomaniaque ou maniaque. Comme la dépression bipolaire est en principe traitée différemment de l'unipolaire, le bon diagnostic est capital.

Il n'y a malheureusement aucun critère bien établi permettant de faire la distinction entre dépression unipolaire et bipolaire. Le syndrome dépressif est pratiquement le même dans les deux types de dépression. Seuls quelques signes bipolaires discrets peuvent orienter vers une dépression bipolaire :

- une manifestation précoce de la première dépression (< 25 ans) ;
- un tempérament hyperthymique ou cyclothymique ;
- une anamnèse familiale positive de troubles bipolaires ;
- une induction d'une hypomanie par les antidépresseurs ;
- des épisodes dépressifs avec début et fin abrupts ;
- une dépression atypique avec hypersomnie ;
- une augmentation de l'appétit et une inhibition psychomotrice marquée.

Selon la revue de la littérature de Conus et al., 2008 (23), la dépression est la manifestation initiale la plus fréquente des troubles bipolaires, et les patients passent environ trois fois plus de temps en phase dépressive qu'en phase maniaque. Face à un patient déprimé, il est difficile de savoir s'il souffre d'un trouble dépressif unipolaire ou s'il va par la suite développer un trouble bipolaire.

La publication récente de la *Bipolar Depression Rating Scale*, basée sur l'observation de certaines caractéristiques de la dépression chez des patients souffrant d'un trouble bipolaire, devrait contribuer à la résolution de ce problème :

- un âge de début précoce ;
- un début et une fin abrupts ;
- un ralentissement psychomoteur ;
- des symptômes mélancoliques ;
- une hypersomnie ;
- une hyperphagie ;
- une irritabilité ;
- des états mixtes ;
- une labilité émotionnelle ;
- un taux élevé de récurrence.

Selon les auteurs, si la validité de cette échelle est confirmée, on pourrait alors développer des directives de traitement adaptées à ces situations, suggérant par exemple de préférer dans de tels cas la prescription de stabilisateurs de l'humeur à celle d'antidépresseurs, ces derniers risquant d'induire la survenue d'un épisode maniaque.

1.2.3 Les critères diagnostiques pour un épisode mixte

► Avis des recommandations

Les recommandations de la *World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP)*, 2009 (17), proposent les critères diagnostiques pour l'épisode mixte selon le DSM-IV.

Tableau 17. Critères diagnostiques pour l'épisode mixte selon le DSM-IV d'après la *World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP)*, 2009 (17)

A. Les critères pour l'épisode maniaque aussi bien que pour l'épisode dépressif (à l'exception de la durée) sont réunis presque tous les jours pendant au moins une période d'une semaine.
B. La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles, ou nécessite une hospitalisation afin de prévenir les conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou il existe des caractéristiques psychotiques.
C. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (donnant lieu à un abus, un médicament ou une autre thérapeutique) ou liés à une maladie associée (par exemple, hyperthyroïdisme).

Les recommandations du *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT)* de 2009 (8) indiquent : selon le DSM-IV, les états mixtes impliquent que les critères diagnostiques pour les épisodes maniaques et dépressifs (à l'exception du critère concernant la durée) soient remplis simultanément.

Selon les recommandations nord-américaines du *Department of Veterans Affairs (VA)*, 2010 (10), pour les épisodes mixtes, les critères pour l'épisode maniaque aussi bien que pour l'épisode dépressif (à l'exception de la durée) sont réunis presque tous les jours pendant au moins une période d'une semaine.

La perturbation de l'humeur :

- est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles ;
- nécessite une hospitalisation afin de prévenir les conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui ;
- ou s'il existe des caractéristiques psychotiques.

Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (un médicament, donnant lieu à un abus ou une autre thérapeutique) ou liés à une maladie associée (par exemple, un hyperthyroïdisme).

Les recommandations du *Ministry of Health, Singapore (MoH)*, 2011 (15), précisent pour les épisodes mixtes :

- les symptômes de l'état maniaque et de la dépression peuvent survenir en même temps. Les critères pour l'épisode maniaque aussi bien que pour l'épisode dépressif sont réunis presque tous les jours pendant au moins une période d'une semaine ;
- la perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles ou pour nécessiter l'hospitalisation afin de prévenir les conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou s'il existe des caractéristiques psychotiques.

► Revue de la littérature

Selon la revue de la littérature de *Hättenschwiler et al.*, 2009 (24), dans un épisode mixte, les symptômes maniaques et dépressifs sont présents en même temps. Un épisode dépressif s'accompagne :

- d'hyperactivité, de logorrhée et d'irritabilité, et d'un état maniaque ;
- de perte d'élan vital, de sentiments de responsabilité et de tendances suicidaires.

Dans les épisodes mixtes les symptômes maniaques et dépressifs peuvent alterner en quelques minutes ou quelques heures. Un tiers des patients bipolaires peuvent présenter un tel état, fort gênant et difficile à traiter. Le pronostic en est plus mauvais et le risque suicidaire plus grand.

1.2.4 Les critères diagnostiques pour les épisodes rapides

► Avis des recommandations

L'*International Society for Bipolar Disorders (ISBD)* en 2008 (16) précise sur les cycles rapides définis par la CIM-10 :

- les épisodes rapides sont caractérisés par au moins la présence de 4 épisodes de troubles de l'humeur sur une période de 12 mois, qu'ils soient dépressifs, maniaques, ou hypomaniaques ;
- la majorité des épisodes se révèlent être des épisodes dépressifs. Les épisodes fréquents maniaques ne sont pas requis pour remplir ce critère ;
- les cycles rapides semblent être plus fréquents chez les femmes que chez les hommes et dans les troubles bipolaires de type II que dans le type I. Dans certains cas, les épisodes des cycles rapides peuvent être associés à la prise d'antidépresseurs ;
- les épisodes des cycles rapides sont de mauvais pronostic. La possibilité d'un cycle très rapide dans la limite de 1 jour à 1 semaine peut être aussi envisagée, bien que les cycles extrêmement rapides d'humeur dans une journée soient difficiles à distinguer d'un épisode mixte.

L'ISBD précise sur les cycles rapides définis par le DSM-IV :

- au moins 4 épisodes de troubles de l'humeur dans les 12 mois qui précèdent s'avèrent nécessaires pour remplir le critère des épisodes rapides pour un épisode dépressif maniaque ou hypomaniaque ;
- on doit préciser pour le critère d'épisode rapide :
 - la durée (complète ou brève),
 - et la durée de l'intervalle entre les épisodes ;
- les épisodes sont délimités par une rémission soit partielle soit complète sur au moins 2 mois (et dans les cas d'épisodes brefs une rémission complète de 2 semaines) ou par un changement pour un épisode de polarité opposée (par exemple d'un épisode dépressif caractérisé à un épisode maniaque).

Selon les recommandations de l'*Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)*, 2013 (11), il existe un critère sur le déroulement des épisodes qui est caractérisé par au moins 4 épisodes thymiques (dépressifs, hypomaniaques ou maniaques) sur une durée de 12 mois.

Ces épisodes à cycles rapides sont vus chez 20 % des personnes qui ont un trouble bipolaire, mais restent rares dans le cas de personnes ayant une dépression unipolaire. La majorité des épisodes semblent être dépressifs, mais cependant la présence de nombreux épisodes maniaques est demandée pour remplir ce critère.

► Revue de la littérature

Selon la revue de la littérature de Hättenschwiler et al., 2009 (24), environ 5-20 % des patients bipolaires développent en l'espace de 1 an quatre épisodes ou plus de manie ou de dépression. Il est alors question d'épisodes à cycles rapides qui sont plus fréquents chez les femmes, surtout au stade évolutif tardif de la maladie où la fréquence des épisodes augmente sans cesse.

Les épisodes à cycles rapides sont de mauvais pronostic. Si l'alternance des phases se fait en quelques jours, on parle de cycles « ultra rapides ».

1.2.5 Les patients considérés comme à risque de développer un trouble bipolaire

► Avis des recommandations

Le **Department of Veterans Affairs (VA), 2010** (10), indique que l'étiologie des troubles bipolaires est incertaine mais les facteurs génétiques et biologiques sont importants. Les caractéristiques d'environnement et de style de vie peuvent avoir un impact sur la sévérité et sur l'évolution de la maladie.

Des facteurs de risque ont été proposés. Peuvent être prédicteurs d'un début des troubles bipolaires :

- un début précoce de la maladie ;
- un antécédent familial de trouble bipolaire ;
- un antécédent de dépression précoce ;
- une survenue rapide de dépression avec des signes de psychoses ou d'états d'humeur mixtes ;
- chez les enfants avec des prédispositions héréditaires de troubles bipolaires qui peuvent être vulnérables à un épisode hypomaniaque ou maniaque, l'induction d'un médicament antidépresseur.

Selon le **National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2006** (12), dans un travail préliminaire, un nombre de facteurs a été proposé pour augmenter la spécification du risque pour une survenue précoce de la maladie bipolaire comme pour l'antécédent familial d'épisode maniaque.

Un antécédent de survenue précoce, ou une survenue rapide de dépression, avec des états de psychoses ou d'états de l'humeur mixtes, peuvent être aussi des critères prédictifs d'un trouble bipolaire émergent.

Les enfants avec une prédisposition héréditaire pour les troubles bipolaires peuvent être vulnérables aux épisodes hypomaniaques ou maniaques induits par les médicaments ou être vulnérables aux cycles rapides induits par des antidépresseurs.

Le **Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2005** (14), indique que la survenue précoce des troubles bipolaires est plus certainement liée à des facteurs génétiques bien que les détails du patrimoine et les gènes impliqués restent non connus. La prévalence au cours de la vie pour le trouble bipolaire dans les échantillons pris dans la communauté varie de 0,5 à 1,5 %. Cette prévalence augmente à 4,9 % chez les membres au premier degré d'une famille biologique. Une association d'études sur les jumeaux et sur l'adoption suggère que le risque génétique constitue une part importante du risque d'avoir cette maladie.

Selon les recommandations de la **Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA), 2003** (9), l'un des facteurs de risque principaux pour les troubles bipolaires est un antécédent familial de trouble bipolaire bien que ce risque ne soit pas suffisant pour prédire la survenue chez l'un des enfants. L'étiologie des troubles bipolaires inclut des composantes génétiques et des composantes environnementales.

Le guide médecin de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2009 (3) précise les signes d'appel justifiant un avis psychiatrique à la recherche d'une bipolarité :

- la présence de 3 épisodes dépressifs récurrents ou plus ;
- la notion d'hypomanie même brève, y compris un épisode déclenché par un antidépresseur ;
- le début d'un épisode (maniaque, dépressif ou psychotique) durant le *post-partum* ;
- le début des épisodes dépressifs récurrents avant l'âge de 25 ans ;
- la présence d'antécédents familiaux de troubles bipolaires ou de suicide ;
- les antécédents personnels de tentatives de suicide ;
- une réponse atypique à un traitement antidépresseur :

- non-réponse thérapeutique,
- aggravation des symptômes,
- apparition d'une agitation,
- apparition de symptômes d'hypomanie.

► Revue de la littérature

La revue de la littérature de Rouillon, 2009 (25), indique que le trouble bipolaire concerne aussi bien les hommes que les femmes, quels que soient leur classe sociale et leur lieu de résidence. Il débute autour de l'âge de 20 ans et la population à risque pour le dépistage a donc de 15 à 25 ans.

Toutes les classes sociales sont concernées de manière sensiblement comparable.

Son pronostic est probablement plus mauvais dans les milieux défavorisés où les conséquences du trouble (par exemple financières en cas d'achat pathologique ou de licenciement) ont des répercussions plus marquées, ce qui retentit sur l'évolution (chômage, abandon du conjoint, endettement).

La mauvaise qualité du développement psychoaffectif et ses avatars (deuil parental précoce, maltraitance dans l'enfance) sont des facteurs de risque de trouble bipolaire comme d'autres troubles mentaux.

Certains traits de personnalité pathologique sont prédictifs de ce trouble. Dans une cohorte finlandaise, il a été montré sur 213 443 personnes que la dimension d'extraversion au moment du service militaire était associée avec un trouble bipolaire à l'âge adulte.

Les facteurs d'environnement jouent également un rôle, que ce soient les difficultés de vie ou les facteurs de stress psychosociaux qui précipitent les récives, l'intensité des événements de vie stressants diminuant au gré des récives.

L'association forte à l'usage pathologique d'alcool ou de drogue chez ces patients pose la question du rôle de l'apport toxique comme facteur déclenchant le début du trouble ou ses récurrences.

La comorbidité avec l'alcool ou la drogue est le facteur aggravant majeur de la maladie et de ses conséquences.

La revue de la littérature de Ghaemi et al. de 2002 (27) indique comme signes de bipolarité dans les antécédents, entre autres :

- 3 épisodes dépressifs récurrents ou plus ;
- des épisodes dépressifs caractérisés de durée brève (en moyenne inférieure à 3 mois) ;
- le début des épisodes dépressifs récurrents avant 25 ans ;
- des antécédents familiaux au premier degré de troubles bipolaires ;
- la notion d'hypomanie ou de manie déclenchée par un antidépresseur ;
- le début d'un épisode dépressif durant le *post-partum* ;
- des épisodes dépressifs caractérisés psychotiques ;
- des symptômes dépressifs atypiques ;
- une réponse atypique à un traitement antidépresseur.

1.3 Outils de repérage

Le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) en 2014 (13) indique de ne pas utiliser les questionnaires en premier recours pour identifier un trouble bipolaire chez les adultes.

L'Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) en 2013 (11) cite pour le dépistage des troubles bipolaires de type I :

Pour le dépistage d'un épisode hypomaniaque et d'un épisode maniaque, envisager les éléments suivants concernant les antécédents qui sont davantage susceptibles de se présenter dans la dépression bipolaire que dans la dépression unipolaire :

- un antécédent familial de trouble bipolaire, une survenue précoce des symptômes dépressifs avant 25 ans, et des épisodes dépressifs plus fréquents de courte durée [faible niveau de preuve] ;
- l'hypermnie et l'hyperphagie peuvent être également des caractéristiques plus communes de la dépression bipolaire que le réveil précoce et la réduction de l'appétit qui sont plus spécifiques de la dépression unipolaire [faible niveau de preuve] ;
- un outil de dépistage pour une évaluation approfondie est le *Mood Disorder Questionnaire* (MDQ) pour le trouble bipolaire [faible niveau de preuve].

Un nouvel outil, le M-3 (*My Mood Monitor check list*), a été créé pour évaluer la présence de dépression, d'anxiété, d'un trouble bipolaire, et le trouble du stress post-traumatique [faible niveau de preuve].

Sa spécificité et sa sensibilité sont identiques aux outils de dépistage couramment utilisés sur les troubles isolés, avec l'avantage de tenir sur une seule page à compléter pour le patient. Plus de 80 % des médecins ont été capables de l'utiliser en moins de 30 secondes.

Cet outil nécessite des études supplémentaires de validation. Il semble être un outil intéressant pour le dépistage des troubles mentaux pour les soins de premier recours.

Selon les recommandations du Ministry of Health, Singapore (MoH), 2011 (15), l'utilisation d'outils de dépistage pour différencier un trouble bipolaire d'un épisode dépressif caractérisé dans le secteur de soins tertiaires quand les patients présentent un épisode dépressif se fonde sur un niveau de preuve très faible.

Peu de preuves sont disponibles pour suggérer que l'utilisation d'outils de dépistage est utile pour le dépistage des troubles bipolaires dans la population générale ou dans le cadre des soins de premier recours. L'utilisation d'outils de dépistage en pratique quotidienne pour les recours primaires et tertiaires n'est pas recommandée.

Les recommandations formalisées d'experts de Llorca et al., 2010 (21), précisent que pour le dépistage des populations à risque de trouble bipolaire le dépistage du trouble bipolaire doit être systématique dans des sous-populations à risque comme :

- les patients présentant un épisode dépressif majeur ;
- les patients à risque suicidaire ;
- les patients présentant une addiction.

Dans ces groupes à risque, il est recommandé d'utiliser des questionnaires de dépistage comme le *Mood Disorder Questionnaire* (MDQ).

Les recommandations du Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2005 (14), indiquent que pour le dépistage précoce les symptômes précoces et les prodromes des troubles bipolaires qui permettent de définir des signes prédictifs des troubles bipolaires reposent sur un niveau de preuve très faible.

Les symptômes précoces ont été principalement étudiés sur des populations de patients non représentatives rendant difficile l'extrapolation de ces résultats aux patients ayant un trouble bipolaire. Il n'y a pas de publication de niveau de preuve suffisant pour pouvoir établir une recommandation sur l'utilisation des outils de dépistage pour l'identification précoce des troubles bipolaires.

Les troubles bipolaires peuvent être évalués avec des échelles graduées. Ces échelles peuvent être divisées entre des échelles de diagnostic et des échelles de mesure de la sévérité. Seules les échelles de diagnostic sont traitées. Les échelles de diagnostic sont comparées avec le critère considéré comme le *gold standard* à savoir l'évaluation clinique.

Tableau 18. Échelles diagnostiques pour le trouble bipolaire

	Échelle	Sensibilité	Spécificité
<i>Clinician-Administered Rating Scale for Mania (CARS-M)</i>	20	0.85	0.87
<i>Mini International Neuropsychiatric Inventory (MINI)</i>	21	0.89	0.97
<i>Psychosis Screening Questionnaire (PSQ)</i>	22	0.96	0.95
<i>Mood Disorder Questionnaire (MDQ)</i>	23	0.72	0.90
<i>Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)</i>	24	0.67	0.72

L'absence d'un questionnaire standard de référence distinct du diagnostic clinique rend impossible la comparaison de la précision des échelles ci-dessus avec l'évaluation clinique.

À partir des cinq échelles présentées ci-dessus trois échelles ont été validées pour leur utilisation lors de la première admission des patients. Ce sont le *Psychosis Screening Questionnaire*, le *Mood Disorder Questionnaire*, et la *Brief Psychiatric Rating Scale*. Aucune échelle n'a démontré sa supériorité par rapport à l'évaluation clinique du patient.

Le diagnostic des troubles bipolaires doit être réalisé après un examen clinique selon les critères du DSM-IV et de la CIM-10.

Les médecins doivent être conscients de l'instabilité du diagnostic durant leur évaluation clinique des patients avec un trouble bipolaire.

Il n'y a pas de publication de niveau de preuve suffisant pour parler des outils de diagnostic et de dépistage dans les groupes de patients spécifiques, tels que les patients ayant des difficultés d'apprentissage et les patients âgés.

► Enquêtes

Une version française du questionnaire MDQ a été développée par Weber-Rouget *et al.* en 2005 (28).

Deux enquêtes ont été menées en France à l'aide du questionnaire MDQ. La première enquête a été réalisée auprès de 10 265 patients consultant au cabinet de médecins généralistes. La prévalence évaluée par ce questionnaire est au moins de 3,7 %, soit, selon les auteurs, une valeur égale ou supérieure aux prévalences qui ont été rapportées précédemment pour la population générale (29).

Dans la deuxième étude, 9 220 questionnaires ont été attribués à des patients sélectionnés par randomisation se présentant à une consultation de médecine générale. 8,3 % des 9 220 patients présentaient un résultat positif au test de dépistage avec le questionnaire MDQ pour les troubles bipolaires (30).

2. Diagnostic des troubles bipolaires

2.1 Outils de diagnostic chez l'adulte

► Avis des recommandations

Selon les recommandations du **Ministry of Health, Singapore (MoH), 2011** (15), le trouble bipolaire se définit selon 2 principaux schémas diagnostiques : la CIM-10 classification statistique internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé [OMS] (36) et le DSM-IV-TR (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé de l'*American Psychiatric Association* [APA]) (35). Ces 2 schémas sont largement similaires.

Selon le **National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2014** (13), lorsqu'on évalue un trouble bipolaire suspecté les professionnels de santé doivent :

- réaliser un examen psychiatrique complet ;
- recueillir :
 - les antécédents détaillés de l'humeur du patient, les épisodes d'hyperactivité et de désinhibition, ou les autres épisodes et les changements soutenus de comportement, tous les symptômes présents entre les épisodes,
 - les facteurs déclenchants des épisodes précédents, les motifs de rechutes, et les antécédents familiaux ;
- évaluer le développement et le changement de nature des troubles de l'humeur et les problèmes cliniques associés tout au long de la vie du patient (par exemple les traumatismes précoces dans l'enfance, un trouble du développement, une dysfonction cognitive dans la vie plus tardive) ;
- évaluer le fonctionnement social et personnel et les facteurs de stress psychosociaux ;
- évaluer les comorbidités mentales et somatiques éventuelles ;
- réaliser l'examen clinique ;
- encourager le patient à inviter les membres de sa famille ou de son entourage à venir corroborer ses antécédents de troubles de l'humeur.

Selon les recommandations du **Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) de 2009** (8), les signes de la bipolarité incluent :

- les antécédents familiaux (troubles bipolaires, maladies mentales, prise d'alcool ou de substances psychoactives illicites, suicides) ;
- les symptômes dépressifs (atypiques, saisonniers) ;
- les ralentissements psychomoteurs, les symptômes psychotiques) ;
- la durée de la maladie et l'évolution de la maladie (âge de début, durée brève des épisodes, nombre élevé d'épisodes) ;
- des caractéristiques répondant aux troubles schizo-affectifs ;
- un début des troubles bipolaires dans l'enfance.

Le trouble bipolaire est fréquemment non diagnostiqué ou sous-diagnostiqué bien qu'occasionnellement les troubles bipolaires soient surdiagnostiqués.

Lors de la première manifestation, le diagnostic peut ne pas être évident. Au moins 20 % et dans certains tableaux jusqu'à 50 % des patients avec un diagnostic d'épisode de dépression peuvent se révéler avoir un trouble bipolaire sur le long cours.

Quand le trouble se présente comme un épisode maniaque, le diagnostic devient plus facile bien qu'il soit quelquefois difficile de le différencier de la schizophrénie et d'autres maladies sévères comme le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité.

Selon les recommandations du *Ministry of Health, Singapore (MoH)*, 2011 (15), à Singapour, le DSM-IV-TR est communément utilisé dans un but de diagnostic et de recherche des troubles bipolaires.

De nombreux épisodes maniaques peuvent débuter brusquement et persister entre 2 semaines et 5 mois (avec une durée médiane d'environ 4 mois). Les épisodes dépressifs peuvent durer plus longtemps. Le premier épisode peut survenir à tout âge. La fréquence des épisodes et des schémas de rémission et de rechutes est hautement variable et diffère selon les individus.

Les périodes de rémission ont tendance à se réduire alors que la maladie progresse.

Lorsque le diagnostic de trouble bipolaire est posé chez les patients ayant une première apparition d'une dépression, une évaluation clinique rigoureuse doit être effectuée, qui comprend :

- les antécédents longitudinaux ;
- l'obtention des antécédents d'épisodes maniaques et d'hypomanie.

Cependant différencier le trouble dépressif caractérisé et le trouble bipolaire, notamment de type II, est considéré comme un challenge.

Plusieurs études suggèrent l'instabilité temporelle du diagnostic du trouble bipolaire et la nécessité de multiples visites pour confirmer le diagnostic chez certains patients.

Quand le trouble bipolaire est diagnostiqué, on doit réaliser une évaluation clinique minutieuse qui comprend aussi bien les antécédents médicaux longitudinaux que les antécédents de manie et d'hypomanie des patients avec une première présentation de dépression.

Un diagnostic exact du trouble bipolaire peut prendre plusieurs années en raison de l'instabilité de ses présentations.

Un symptôme peut se chevaucher avec les autres troubles psychiatriques, en plus de la présence des comorbidités, source de confusion.

Le retard au diagnostic peut être aussi lié à une présentation tardive des épisodes maniaques et hypomaniaques dans le contexte d'une maladie dépressive.

Le *Department of Veterans Affairs (VA)*, 2010 (10), indique :

- un outil standardisé associé à un interrogatoire clinique doit être utilisé afin d'obtenir les informations nécessaires à propos des symptômes, de l'intensité des symptômes et des effets sur le fonctionnement quotidien qui sont exigées pour diagnostiquer un épisode maniaque/hypomaniaque selon les critères du DSM-IV.

Le *Department of Veterans Affairs* recommande :

- une évaluation complète des antécédents psychiatriques, du statut mental, et un examen clinique qui est nécessaire pour :
 - confirmer le diagnostic,
 - exclure des maladies organiques sous-jacentes (par exemple un hypothyroïdisme),
 - identifier les complications somatiques,
 - vérifier le risque d'automutilation ;
- d'évaluer la sévérité des épisodes maniaques en utilisant une échelle graduée standardisée, par exemple la *Young Mania Rating Scale*.
- la toxicomanie et l'alcoolisme peuvent contribuer ou provoquer une rechute. Les problèmes médicaux liés aux comorbidités peuvent contribuer également à un dérèglement de l'humeur,
- il est important d'évaluer les comorbidités psychiatriques et de traiter la totalité des maladies psychiatriques concomitantes ;
- les facteurs de stress psychosociaux actuels peuvent contribuer à créer des troubles de l'humeur ;

- un examen clinique complet des patients ayant un épisode maniaque, hypomaniaque, ou mixte doit être réalisé, incluant :
 - le statut clinique,
 - les antécédents médicaux, psychiatriques et psychosociaux,
 - les traitements en cours et passés,
 - l'utilisation de substances psychoactives illicites ou d'alcool,
 - une évaluation de la compliance du patient.

Selon les recommandations de Llorca et al., 2010 (21), le diagnostic de trouble bipolaire est clinique. Il repose sur la présence d'épisodes maniaque, hypomaniaque ou mixte, dans l'histoire du patient.

Bien que leur présence isolée ne permette pas de poser le diagnostic, certaines caractéristiques doivent alerter le clinicien sur la présence éventuelle d'un trouble bipolaire.

Doivent faire évoquer un trouble bipolaire chez tout patient :

- des antécédents familiaux de trouble bipolaire ;
- des antécédents d'épisodes dépressifs multiples ;
- une psychose du *post-partum* ;
- des antécédents familiaux de suicide.

Pour aider à poser le diagnostic, il est recommandé d'utiliser un entretien structuré comme le *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), et un agenda de l'humeur.

Le diagnostic de trouble bipolaire nécessite :

- d'être confirmé par l'interrogatoire de la famille ;
- de pratiquer un examen clinique somatique.

Aucun examen biologique ou d'imagerie en l'absence de point d'appel clinique n'est, à l'heure actuelle, utile pour porter un diagnostic.

Un diagnostic de trouble bipolaire doit être confirmé par un psychiatre.

Selon le guide médecin de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2009 (3), les critères diagnostiques des différentes pathologies représentant le spectre bipolaire sont décrits dans les classifications internationales telles que la classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (36) et dans le DSM-IV-TR (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé de l'*American Psychiatric Association* [APA]) (35).

Lors du bilan initial, il convient de réaliser les évaluations suivantes :

- recueillir l'anamnèse de l'histoire de la maladie avec les antécédents complets (revue de tous les épisodes passés et des éventuels symptômes présents entre les épisodes) ;
- rechercher la notion d'épisodes d'hypomanie, même brefs, y compris sous antidépresseur ;
- évaluer l'existence d'antécédents familiaux, et les réponses aux traitements chez les sujets traités pour troubles de l'humeur ;
- rechercher d'éventuels facteurs déclenchants des épisodes antérieurs ;
- obtenir auprès d'un tiers des éléments sur l'histoire de la maladie lorsque le patient est d'accord et en sa présence ;
- évaluer l'état thymique et les traits de personnalité ;
- évaluer le fonctionnement familial, social et professionnel ;
- utiliser un score de symptômes tel que le *Mood Disorder Questionnaire* (questionnaire des troubles de l'humeur) ;
- proposer l'utilisation d'un carnet de l'humeur à compléter prospectivement de manière quotidienne par le patient. Ce carnet peut aider à évaluer les variations de l'humeur, en particulier les symptômes des épisodes maniaques et hypomaniaques ;

- rechercher systématiquement :
 - les comorbidités associées,
 - la consommation d'alcool (par une évaluation clinique et des dosages biologiques, par l'utilisation du questionnaire *Deta* [Diminuer, Entourage, Trop Alcool],
 - la prise de substances psychoactives illicites : cannabis, stimulants, opiacés (évaluation clinique, éventuellement accompagnée de tests urinaires),
 - la présence de troubles anxieux, de troubles de la personnalité, de symptômes psychotiques, le risque suicidaire.

La détection et le diagnostic de la maladie sont du domaine de tout médecin, en particulier du médecin généraliste et du psychiatre.

La prise en charge globale et l'établissement des thérapeutiques au long cours justifient d'emblée un recours régulier au psychiatre.

La complexité de la pathologie justifie une collaboration étroite entre le psychiatre et le médecin traitant.

► Revues de la littérature et étude rétrospective

Concernant le retard au diagnostic pour les troubles bipolaires, **selon une étude rétrospective réalisée par Drancourt et al. en 2013** (31) sur 531 patients, il est noté que l'intervalle moyen entre le premier épisode d'un trouble bipolaire et le premier traitement modulateur de l'humeur prescrit est en moyenne de 9,6 ans.

La médiane de l'intervalle moyen entre le premier épisode d'un trouble bipolaire et le premier traitement modulateur de l'humeur prescrit est respectivement de :

- 14,5 ans pour les patients ayant présenté un premier épisode hypomaniaque ;
- 13 ans pour les patients ayant présenté un premier épisode dépressif ;
- et 8 ans pour les patients ayant présenté un premier épisode maniaque.

D'après la revue de Hättenschwiler et al. 2009 (24), le diagnostic est habituellement posé sur la base d'une anamnèse détaillée incluant également les proches (il n'y a aucun diagnostic de laboratoire, ni de diagnostic réalisé par appareils).

Si les symptômes cliniques vont dans la direction d'un trouble bipolaire, il faut l'étayer par les critères diagnostiques standardisés des systèmes de classification reconnus (CIM-10, DSM-IV-TR).

Les symptômes hypomaniaques surtout ne sont pas spontanément signalés et doivent donc être soigneusement recherchés à l'anamnèse, l'hypomanie étant une forme de manie moins marquée, socialement inoffensive. Les hypomaniaques sont souvent très performants, ils se sentent « en parfaite santé » et ne voient aucune raison de consulter un médecin.

La revue de Conus et al., 2008 (23), indique que certaines caractéristiques de l'état dépressif sont suggestives d'un trouble bipolaire sous-jacent :

- un âge de début précoce ;
- un début et une fin abrupts ;
- un ralentissement psychomoteur ;
- des symptômes mélancoliques ;
- une hypersomnie, une hyperphagie,
- une irritabilité, des états mixtes ;
- une labilité émotionnelle.

En leur présence, il convient de conduire une anamnèse détaillée à la recherche d'épisodes maniaques ou hypomaniaques antérieurs qui n'auraient pas été identifiés.

Si l'on introduit un traitement antidépresseur, il faut être vigilant quant à des idées de grandeur, des dépenses inhabituelles et excessives et la désinhibition sexuelle qui sont moins fréquentes.

La présence simultanée de symptômes psychotiques est fréquente, et il est important de ne pas tomber dans le piège de poser trop rapidement un diagnostic de schizophrénie en présence d'hallucinations ou d'idées délirantes.

2.2 Focus chez les adolescents

► Avis des recommandations

Le *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* en 2014 définit les jeunes patients comme des patients âgés de 13 à 17 ans (13).

La plus grande fréquence d'apparition des troubles bipolaires se situe entre 15 et 19 ans. Il y a souvent un délai important entre le début de la maladie et la première consultation dans un service de santé mentale. Les troubles bipolaires chez les enfants de moins de 12 ans sont très rares.

Les enfants et les jeunes patients âgés de moins de 14 ans pour lesquels on suspecte un trouble bipolaire et qui sont suivis dans les soins de premier recours doivent être adressés pour leur prise en charge à un service de santé mentale spécialisé en soins pour les enfants et les adolescents.

Les jeunes patients âgés de 14 ans et plus pour lesquels un trouble bipolaire est suspecté et qui sont suivis dans les soins de premier recours doivent être adressés à un service spécialisé dans l'intervention précoce sur les psychoses ou à un service de santé mentale spécialisé en soins pour les enfants et les adolescents.

Le diagnostic d'un trouble bipolaire chez les enfants ou les jeunes patients doit être effectué seulement après une période de suivi intensif longitudinal, prospectif, réalisé par un professionnel de santé ou par une équipe multidisciplinaire entraînée et expérimentée dans l'évaluation, le diagnostic et la prise en charge du trouble bipolaire de l'enfant et du jeune patient.

Ce diagnostic doit être établi en collaboration avec les parents et les personnes chargées de l'enfant ou du jeune patient.

Lorsque l'on diagnostique un trouble bipolaire, les signes suivants à prendre en compte doivent être présents :

- un épisode maniaque ;
- l'euphorie, la majorité du temps presque tous les jours (durant au moins 7 jours) ;
- l'irritabilité (qui ne doit pas être considérée comme un critère principal pour le diagnostic).

Pour un jeune patient ou un enfant ayant un antécédent familial de trouble bipolaire, ne pas poser le diagnostic de trouble bipolaire sur la base d'un épisode dépressif mais leur assurer un suivi.

Lorsque l'on évalue un trouble bipolaire suspecté chez un enfant ou un jeune patient :

- suivre les mêmes recommandations que pour l'adulte ;
- impliquer les parents et les personnes ayant la charge de cet enfant ou de ce jeune patient ;
- prendre en compte le comportement de l'enfant et du jeune patient en société et dans le milieu scolaire.

Les recommandations du *Beyondblue*, 2011 (4), indiquent :

- les symptômes dépressifs et les épisodes dépressifs peuvent constituer le premier épisode d'un trouble bipolaire. Celui-ci est le plus susceptible de se développer chez les jeunes patients qui présentent :
 - un épisode hypomaniaque en réponse à la prise d'un antidépresseur,
 - des caractéristiques psychotiques,
 - et un antécédent familial de trouble bipolaire.

- sont susceptibles de prédire un trouble bipolaire plutôt qu'un épisode dépressif caractérisé :
 - des débuts précoces,
 - les états mixtes,
 - et les états atypiques.

Les troubles bipolaires débutent souvent dans les dernières années de l'adolescence. Une fois la maladie établie, ces patients passent environ la moitié de leur temps à ressentir la gamme normale des états d'humeur.

Le reste du temps le patient ressent des états d'humeur de sévérité variable qui sont caractérisés par des symptômes mineurs et des symptômes subsyndromiques d'épisodes maniaques ou d'épisodes dépressifs.

Selon les recommandations nord-américaines de la *Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA)* en 2003 (9), les critères principaux pour le diagnostic dépressif caractérisé chez les enfants d'âge scolaire sont identiques à ceux des adultes et sont détaillés dans le DSM-IV.

Pour que le diagnostic soit réalisé de manière correcte, les enfants doivent être capables de comprendre les questions et de donner des informations sur leur état actuel thymique aussi bien que sur leurs états thymiques durant les semaines précédentes.

Bien que le DSM-IV donne des critères de diagnostic explicites pour les troubles bipolaires chez les adultes, ces critères peuvent ne pas s'appliquer de manière générale chez les enfants et les adolescents.

La présence de maladies associées chez les enfants avec une dépression telles que le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), les troubles de la conduite, les désordres anxieux, complique le diagnostic. Les symptômes des troubles bipolaires sont communs avec ces maladies même si les enfants ne remplissent pas les critères pour diagnostiquer un épisode dépressif caractérisé ou un trouble bipolaire.

► **Revue de la littérature**

Selon la revue de Hättenschwiler et al., 2009 (24), la maladie bipolaire commence avant la 20^e année pour 40 à 60 % des patients, et même avant la 12^e année pour 10 à 20 % des patients.

Les premiers symptômes se manifestent à 15 ans environ. La pose du diagnostic est souvent compliquée chez les adolescents du fait que leurs variations d'humeur sont considérées comme normales à la puberté.

C'est la raison pour laquelle 10 années en moyenne s'écoulent avant que cette maladie soit reconnue et qu'un traitement adéquat soit mis en route.

La revue de Conus et al., 2008 (23), indique qu'un diagnostic plus précoce est possible en prenant en compte les éléments suivants :

L'état maniaque se manifeste souvent de manière atypique chez les adolescents et jeunes adultes par la présence de :

- épisodes mixtes ;
- irritabilité ;
- augmentation de l'énergie ;
- fuite des idées et troubles du sommeil.

Il ne faut donc pas rechercher uniquement les symptômes habituels d'un épisode maniaque tels que l'euphorie, les idées de grandeur, les dépenses inhabituelles et excessives et la désinhibition sexuelle qui sont moins fréquentes.

► **Études rétrospectives**

Concernant la présence de caractéristiques psychotiques, **une étude de cohorte longitudinale de Birmaher et al., 2009 (34)**, a suivi 413 jeunes patients ayant un trouble bipolaire (âgés de 7 à

17 ans) durant 4 ans. 16 % de ces patients ont présenté des symptômes psychotiques durant les 17 % du temps de la période de suivi.

Selon une revue rétrospective de Brunelle et al., 2009 (33), réalisée à partir des dossiers d'hospitalisation de 80 patients âgés de 12 à 20 ans, 62,5 % de ces patients hospitalisés pour un trouble bipolaire présentaient des caractéristiques schizophréniques. Trente et un de ces 80 patients présentaient un épisode mixte.

Selon une étude rétrospective de Patel et al., 2006 (32), 67 % des jeunes patients (103 âgés de moins de 18 ans), lors de leur première hospitalisation pour des troubles bipolaires, présentaient davantage un état mixte que les 29,3 % des patients un peu plus âgés (58 âgés de 20 à 30 ans).

À propos de l'âge du début précoce des troubles bipolaires

Une revue de la littérature de Geoffroy et al., 2013 (26), a analysé les preuves disponibles évaluées à partir de publications sur l'âge de début des troubles bipolaires.

Cette analyse des études publiées a permis d'identifier le critère : survenue des troubles bipolaires à un âge inférieur ou égal à 21 ans. Ce critère peut être utilisé pour définir une sous-population de patients avec un début précoce des troubles bipolaires. Dans les études analysées le pourcentage des patients ayant un trouble bipolaire à un âge inférieur ou égal à 21 ans est d'environ 45 %.

Les auteurs concluent que l'âge de début précoce des troubles bipolaires doit être inclus en tant que critère spécifique dans les classifications des troubles bipolaires.

2.3 Outils génétiques

► Avis des recommandations

Selon les recommandations du Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT), 2009 (8), le niveau de preuve augmente pour l'étiologie génétique. La recherche sur les associations familiales des troubles bipolaires a fait développer des études de génétique moléculaire. Des gènes spécifiques ont déjà été identifiés.

Cependant, la génétique moléculaire ne joue aucun rôle dans l'identification précoce des troubles bipolaires. Cela reflète le rôle compliqué joué par les multiples facteurs de risque incluant les facteurs génétiques et les facteurs liés à l'environnement dans la pathophysiologie des troubles bipolaires.

Le Department of Veterans Affairs (VA), 2010 (10), indique que l'étiologie des troubles bipolaires n'est pas connue. Les facteurs génétiques et biologiques sont importants. Les caractéristiques environnementales, dont le mode de vie, peuvent avoir un impact sur le déroulement et la sévérité de la maladie.

Les recommandations de l'International Society for Bipolar Disorders (ISBD), 2008 (16), citent : bien que des études génétiques n'aient pas été réalisées chez les enfants, la composante génétique pour la validation du diagnostic apparaît importante, car la présence des troubles bipolaires chez les parents de tels enfants est un important marqueur.

Le déroulement de cette maladie chez les enfants avec des troubles bipolaires a tendance à impliquer des épisodes mixtes avec des états d'humeur fluctuant rapidement. Une survenue précoce d'un tel type de trouble bipolaire peut prédire à l'âge adulte un pronostic grave.

La World Federation of Societies of Biological Psychiatry en 2009 (17) indique que des éléments de plus en plus nombreux démontrent que les facteurs génétiques sont sous-jacents à l'étiologie des troubles bipolaires.

► Revues de la littérature

Selon la revue de la littérature de Hamon, 2010 (1), la physiopathologie du trouble bipolaire est très mal connue, malgré de nombreuses investigations biologiques, génétiques, de neuro-imagerie, etc.

On met en cause en particulier des anomalies des neurotransmissions dopaminergiques et glutamatergiques, localisées notamment dans le cortex préfrontal, peut-être en relation avec certains polymorphismes géniques, voire des modifications épigénétiques affectant tel ou tel gène codant un récepteur ou une enzyme clé pour ces neurotransmissions.

Les données de la littérature sont encore disparates et ne permettent pas d'avoir une idée vraiment convaincante de la nature des dysfonctionnements neurobiologiques associés à la maladie.

Selon la revue de la littérature de Rouillon, 2009 (25), le trouble bipolaire est probablement la maladie mentale où le déterminisme génétique est le plus fort, même si sa nature polygénique le rend difficile à identifier, d'autant que son phénotype nécessite d'être mieux caractérisé.

Pour autant, les études d'épidémiologie génétique, que ce soient celles d'agrégation familiale, de jumeaux ou d'adoption, concourent toutes à souligner l'hérédité de ce trouble et de nombreux polymorphismes ont été identifiés comme y contribuant.

La plupart des facteurs de risque, qu'ils soient génétiques ou environnementaux, impliquent une approche probabiliste plutôt que les effets déterministes. La complexité explique l'hétérogénéité des présentations et peut compter pour les réponses différentielles aux traitements.

2.4 Diagnostic différentiel chez l'adulte

Le guide médecin de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2009 (3) indique qu'il convient de faire le diagnostic différentiel avec une pathologie somatique pouvant induire des symptômes à type de troubles de l'humeur.

Il s'agit notamment des pathologies :

- neurologiques telles qu'une tumeur cérébrale, une sclérose en plaque, un accident vasculaire cérébral, voire un début de démence ;
- endocriniennes parmi lesquelles les troubles thyroïdiens ou une maladie de Cushing.

Lors de l'examen clinique initial, il est recommandé de rechercher des symptômes qui pourraient être liés à une pathologie sous-jacente telle que :

- une hypothyroïdie ou une hyperthyroïdie ;
- des accidents vasculaires cérébraux ;
- des troubles neurologiques (démence), notamment chez les patients de plus de 40 ans ayant des troubles bipolaires d'apparition retardée.

Les troubles de l'humeur peuvent être également induits par la prise de substances médicamenteuses (corticoïdes, antidépresseurs, interféron alpha, etc.), et de substances psychoactives illicites (psychostimulants, en particulier amphétamines et cocaïne, hallucinogènes), qu'il convient de rechercher.

Le diagnostic différentiel des troubles bipolaires avec les autres pathologies psychiatriques se fait principalement avec :

- les autres troubles de l'humeur (trouble unipolaire, trouble cyclothymique²) ;

² Le trouble cyclothymique est défini comme une instabilité persistante de l'humeur comportant de nombreuses dépressions et de nombreuses périodes d'exaltation légère (hypomanie) mais dont aucune n'est suffisamment sévère ou prolongée pour justifier un diagnostic de trouble affectif bipolaire ou de trouble dépressif récurrent (selon la définition de la classification CIM-10).

- les troubles de la personnalité et notamment les troubles borderline³, les troubles paranoïaques⁴ ;
- les troubles schizophréniques (schizophrénie dysthymique)⁵ ou autres troubles délirants lorsqu'il existe des troubles psychotiques.

► Avis des recommandations

Le *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* indique en 2006 (12) :

Prendre en compte la possibilité d'un diagnostic différentiel incluant :

- les troubles du spectre schizophrénique ;
- les troubles de la personnalité ;
- la prise de substances psychoactives illicites, les troubles liés à l'alcoolisme ;
- les troubles de déficit de l'attention et d'hyperactivité ;
- des maladies organiques sous-jacentes par exemple un hypo ou un hyperthyroïdisme.

Selon les recommandations du *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*, 2006 (12), lorsque l'on envisage le diagnostic d'un trouble bipolaire les professionnels de santé doivent prendre en compte les points suivants :

- les troubles de la personnalité : pendant l'évaluation du patient, si la personne présente des sautes d'humeur et une altération du fonctionnement, envisager le diagnostic des troubles bipolaires avant un trouble de la personnalité ;
- des symptômes psychotiques plus prononcés, une augmentation des idées suicidaires, l'abus de substances illicites psychoactives ou un trouble du comportement plus important peuvent être des symptômes d'une présentation tardive des troubles bipolaires et non d'un trouble du spectre schizophrénique. Ceux-ci peuvent être particulièrement importants quand on évalue des patients d'une minorité ethnique qui peuvent avoir des difficultés à accéder aux services de soins ;
- l'abus de substances illicites psychoactives ou de l'alcool peut induire des symptômes semblables aux symptômes maniaques ;
- chez les patients hospitalisés, s'il y a une preuve d'abus de substances, attendre 7 jours pour confirmer le diagnostic de trouble bipolaire ;
- les symptômes qui peuvent être dus à une maladie organique sous-jacente, par exemple un hypothyroïdisme, un accident vasculaire cérébral et d'autres troubles neurologiques, par exemple la démence, particulièrement chez les patients âgés ayant un début tardif de trouble bipolaire (âge supérieur à 40 ans) ;
- devant le diagnostic d'un trouble bipolaire à cycle rapide, vérifier qu'il n'y a pas d'autres explications telles qu'une maladie de la thyroïde, le changement par un traitement antidépresseur.

Les recommandations du *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT)*, 2009 (8), indiquent que les données provenant de l'analyse d'un registre démontrent que l'évolution initiale des troubles bipolaires entraîne des difficultés pour le diagnostic avec une proportion élevée de surdiagnostics et de sous-diagnostics des troubles bipolaires.

Un éventail large de symptômes peut survenir dans des épisodes maniaques aigus, au-delà de celui qui définit le trouble bipolaire.

³ Le trouble borderline est un trouble de la personnalité qui, par définition, se caractérise par sa permanence, alors qu'il existe des intervalles libres dans les troubles bipolaires. Les troubles de personnalité borderline sont entre autres caractérisés par des fluctuations rapides de l'humeur (selon la définition de la classification CIM-10).

⁴ Le trouble de la personnalité paranoïaque est caractérisé par une sensibilité excessive aux rebuffades, un refus de pardonner les insultes, un caractère soupçonneux, une tendance à fausser les événements en interprétant les actions impartiales ou amicales d'autrui comme hostiles ou méprisantes, une suspicion répétée, sans justification, en ce qui concerne la fidélité de son conjoint ou partenaire sexuel et un sens tenace et agressif de ses propres droits. Il peut exister une tendance à une surévaluation de sa propre importance et souvent une référence excessive à sa propre personne (selon la définition de la classification CIM-10).

Des symptômes psychotiques supplémentaires peuvent survenir dans l'état maniaque et peuvent rendre confuse la distinction entre les troubles bipolaires et la schizophrénie. La séparation entre des symptômes psychotiques conformes à l'humeur et non conformes à l'humeur semble être plus pertinente pour le pronostic que pour le traitement.

Le groupe de travail du CANMAT précise qu'il est conscient du fait qu'il existe des manifestations maniaques en dehors du DSM-IV et de la CIM-10, que ces manifestations ont une importance clinique et méritent davantage d'attention dans les recommandations, par exemple les épisodes maniaques délirants, les manifestations spécifiques de manie chez les personnes âgées et les enfants.

► Revues de la littérature

Selon la revue de Hättenschwiler et al., 2009 (24), de grandes études épidémiologiques ont montré qu'il n'y a pratiquement aucun patient bipolaire qui n'ait pas de trouble comorbide.

Il s'agit le plus souvent de troubles anxieux, d'abus d'alcool et de drogues avec dépendance, de déficit de l'attention, d'un syndrome d'hyperactivité, de troubles du comportement alimentaire et de la personnalité.

Les symptômes hypomaniaques sont souvent pris pour ceux d'un syndrome d'hyperactivité chez les enfants et les adolescents, car il y a ici un grand recoupement.

Pour l'épisode maniaque parlent : l'évolution par épisodes, une folie des grandeurs, une surestime de soi et un comportement sans égards.

Les symptômes psychotiques font souvent poser le faux diagnostic de schizophrénie. Ceux qui se manifestent dans le cadre de troubles affectifs sont congruents, correspondant à l'humeur, et sont déductibles d'elle, ce qui n'est la plupart du temps pas le cas dans la schizophrénie.

Pour pouvoir poser le diagnostic de trouble bipolaire, il faut tout d'abord exclure :

- des causes organiques telles que tumeur cérébrale, épilepsie, carence en vitamine B12, infection à VIH ou sclérose en plaques. Est typique des formes organiques la progression des symptômes résultant de la problématique physique ;
- l'alcool et les drogues, de même que leur sevrage, ou certains médicaments qui peuvent provoquer un état maniaque ou dépressif, ou l'imiter ;
- l'ecstasy, la cocaïne, le LSD ou les hormones (dont corticostéroïdes) qui peuvent jouer un rôle dans une manie, les antihypertenseurs et les analgésiques dans une dépression. Un dépistage dans ce sens doit donc être entrepris en cas de suspicion.

Conus et al., 2008, précisent dans leur revue de la littérature (23) :

- les troubles du comportement peuvent être confondus avec les troubles de la personnalité ;
- le taux élevé de comorbidités (avant tout les abus de substances illicites psychoactives) complique souvent la présentation ;
- la manie est souvent vécue comme agréable et ne motive pas les patients à demander de l'aide ;
- la présence fréquente et simultanée de symptômes psychotiques induit un risque important de confusion avec la schizophrénie.

2.5 Diagnostic différentiel chez l'adolescent

► Avis des recommandations

Selon les recommandations du *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*, 2006 (12), les comorbidités sont fréquentes chez les enfants et les adolescents quand on envisage le diagnostic de trouble bipolaire.

- La présence nette d'épisodes d'humeur exaltée, d'idées de grandeur et de cycles d'humeur peut aider à le distinguer du trouble du déficit de l'attention avec une hyperactivité ou du trouble des conduites.
- La présence de cycles d'humeur peut aider à le différencier de la schizophrénie.

Envisager d'autres explications telles que :

- des agressions sexuelles, des mauvais traitements physiques et psychologiques si le patient montre une désinhibition, une hypervigilance ou une hypersexualité ;
- l'usage abusif d'alcool et de drogues qui peut entraîner des symptômes ressemblant à un épisode maniaque. Envisager le diagnostic de trouble bipolaire seulement après 7 jours d'abstinence ;
- des difficultés d'apprentissage non diagnostiquées ;
- des causes organiques telles qu'un état confusionnel excité chez les enfants ayant une épilepsie et une akathisie⁶ provoquées par des médicaments neuroleptiques.

Pour les enfants avec des difficultés d'apprentissage :

- pour établir le diagnostic utiliser les mêmes critères que pour les autres enfants et adolescents ;
- les symptômes peuvent être infraliminaires.

Suivre l'enfant attentivement s'il n'est pas possible de faire un diagnostic.

⁶ Agitation et un mal-être mental parfois intenses. Elle est associée à des comportements agités, notamment un balancement d'un pied sur l'autre ou un trépignement lorsque le sujet est debout, et un balancement, un piétinement ou un croisement répété des jambes lorsqu'il est assis.

3. Évaluer la sévérité du trouble bipolaire dont le risque suicidaire

3.1 Évaluer la sévérité du trouble bipolaire

► Avis des recommandations

Sévérité de la dépression des troubles bipolaires

Les recommandations du *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* de 2014 (13) définissent les différents stades de sévérité de l'épisode dépressif des troubles bipolaires ainsi :

- dépression légère : quelques symptômes qui n'excèdent pas les 5 symptômes nécessaires pour établir le diagnostic d'épisode dépressif. Les symptômes entraînent un léger handicap dans le fonctionnement ;
- dépression modérée : les symptômes et l'altération du fonctionnement se situent à un niveau d'intensité entre léger à sévère ;
- dépression sévère : la plupart des symptômes sont présents et les symptômes interfèrent avec le fonctionnement. Des symptômes psychotiques peuvent ou non y être associés.

Évaluer le risque dans les domaines suivants qui sont susceptibles d'être présents :

- le risque possible de danger pour lui-même, par exemple une négligence envers lui-même, des idées suicidaires ou des intentions de suicide ;
- le risque pour les autres incluant les membres de la famille ;
- le risque lié à la conduite automobile ;
- les dépenses financières excessives ;
- le risque lié à un abus d'ordre financier ou sexuel ;
- une perturbation dans le milieu familial et dans les relations amoureuses ;
- un comportement sexuel désinhibé et le risque de transmettre des maladies sexuellement transmissibles.

Les recommandations nord-américaines du *Department of Veterans Affairs (VA)* de 2010 (10) précisent que certains patients peuvent présenter des épisodes maniaques, psychotiques ou des épisodes mixtes d'intensité sévère. Ces patients présentent le risque de porter atteinte à eux-mêmes ou aux autres et éprouvent un handicap psychosocial important en raison de leurs symptômes.

Ce handicap peut se manifester lui-même sous la forme de décisions malsaines, de comportements à risque, par la perte d'un emploi ou des relations détruites.

Les patients avec un épisode maniaque sévère ont souvent des symptômes psychotiques incluant :

- un affect d'une qualité bizarre ou étonnante ;
- des délires (par exemple de fausses croyances) ;
- des hallucinations visuelles ou auditives ;
- une confusion (incohérence) ;
- un comportement catatonique (par exemple immobilité motrice ou agitation excessive) ;
- un négativisme extrême ou un mutisme ;
- des mouvements volontaires étranges.

Ces patients sont à risque de nuire à eux-mêmes et aux autres et peuvent avoir un grand handicap fonctionnel.

On doit évaluer les patients avec un trouble bipolaire ayant un épisode maniaque, hypomaniaque ou mixte sur le risque de suicide aigu ou de psychose chronique ou de toute autre maladie instable ou dangereuse.

Toutes les maladies instables organiques ou psychiatriques représentent les situations qui nécessitent une attention immédiate. Quelle qu'en soit la cause, des situations suivantes représentent un système d'alerte de signes de violence :

- des idées de nuire aux autres ou des tentatives de nuire aux autres ;
- une escalade verbale ou une incapacité à être réorienté ;
- un antécédent de comportement violent ;
- une agitation importante ou hostile ;
- la présence d'une psychose active ;
- l'existence d'une intoxication ou d'un sevrage de l'alcool ou de drogues.

Prêter une attention soutenue à ces situations et intervenir immédiatement. Cela inclut une consultation avec un spécialiste en santé mentale, qui peut s'avérer nécessaire afin d'éviter une escalade possible vers une agitation ou des impulsions violentes.

Les recommandations du *New Zealand Guidelines Group (NZGG)* de 2008 (6) indiquent que pour les adultes la présence des critères ci-dessous implique une nécessité de suivi et la possibilité d'intervenir :

- le critère de sécurité : la présence d'un risque est perçue ;
- le critère de durée : les problèmes se maintiennent durant plusieurs semaines ;
- le critère d'intensité : les symptômes sont graves et fixés, avec une perte des fluctuations normales de l'humeur et du comportement.

Les médecins doivent envisager l'utilisation d'outils tels que le *Patient Health Questionnaire-9*, notamment pour l'évaluation de l'épisode dépressif.

La gravité des symptômes et l'incapacité fonctionnelle peuvent être mesurées à l'aide du *Patient Health Questionnaire-9*.

3.2 Évaluation du risque suicidaire

► Avis des recommandations

Selon les recommandations du *Ministry of Health, Singapore (MoH)*, 2011 (15), le pourcentage de suicides chez les patients ayant un trouble bipolaire reste élevé de manière inacceptable (9 à 10 %) et 15 fois plus que dans la population générale.

Au moins 25 % des patients vont commettre une tentative de suicide, soit un pourcentage plus important que celui vu dans la dépression unipolaire. La phase dépressive du trouble bipolaire est liée à environ 80 % des tentatives de suicide et des suicides.

Les facteurs de risque associés avec le suicide dans les troubles bipolaires comprennent :

- un antécédent de tentative de suicide ;
- les troubles de l'anxiété comorbides ;
- le désespoir ;
- être de sexe masculin.

Les facteurs de risque associés à une tentative de suicide comprennent :

- les antécédents de tentative de suicide ;
- les comorbidités : une anxiété, des désordres alimentaires ;
- les antécédents familiaux de suicide ;
- les antécédents personnels de violence subie ;

- la survenue précoce des troubles bipolaires ;
- les états mixtes ;
- les cycles rapides des troubles bipolaires ;
- une dépression (négativement associée avec l'état maniaque) ;
- une augmentation de la sévérité des épisodes dépressifs ou des épisodes maniaques ;
- un alcoolisme, une toxicomanie ;
- être célibataire.

Les médecins doivent évaluer régulièrement le risque de suicide chez les patients ayant un trouble bipolaire.

Le *Department of Veterans Affairs (VA)*, 2010, (10) indique :

- les patients ayant un épisode maniaque, hypomaniaque et particulièrement un épisode mixte ont un risque permanent et élevé de suicide ;
- ces patients peuvent ressentir une insatisfaction intense de leur vie et un bouleversement profond de leur système de soutien psychosocial. Il est essentiel d'évaluer le risque de suicide de ces patients ;
- les patients ayant un épisode maniaque ou hypomaniaque, ou un épisode mixte, présentent également un risque élevé d'abus de substances psychoactives illicites. L'alcoolisme et la toxicomanie vont augmenter encore la potentialité de suicide ;
- en raison de ce risque élevé et permanent, il est essentiel que les médecins évaluent le risque suicidaire de leurs patients ;
- tout patient ayant des idées suicidaires, ou commettant des tentatives suicidaires, nécessite une hospitalisation psychiatrique. Ces patients doivent être considérés comme devant être référés à des professionnels de santé spécialisés.

Le *Department of Veterans Affairs* recommande d'évaluer les facteurs de risque de suicide incluant :

- les antécédents familiaux de suicide ;
- les tentatives de suicide antérieures ;
- la consommation concomitante d'alcool et de substances psychoactives illicites.

Le *Department of Veterans Affairs* recommande :

- d'utiliser les outils standardisés (critères du DSM-IV-TR), associés à un interrogatoire clinique pour obtenir les informations nécessaires concernant les symptômes, l'intensité et la gravité des symptômes et leurs effets sur le fonctionnement quotidien. Ces informations sont nécessaires pour établir le diagnostic des troubles bipolaires ;
- d'évaluer la sévérité des épisodes maniaques en utilisant une échelle standardisée, par exemple la *Young Mania Rating Scale*.

Le comportement suicidaire est mieux évalué à partir des critères suivants :

- l'existence d'intentions de suicide, de planification du suicide ;
- les antécédents de tentatives suicidaires ;
- le patient dispose de moyens pour se suicider (armes à feu, comprimés etc.) ;
- la présence d'une maladie mentale active (dépression sévère ou psychose) ;
- la présence de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives illicites ;
- une perturbation importante des relations personnelles ;
- un échec dans des projets personnels importants.

Selon les recommandations du *New Zealand Guidelines Group (NZGG)*, 2008 (6), l'évaluation du risque de suicide peut être considérée comme un challenge. Il n'existe pas de preuve de l'existence de marqueurs qui peuvent prédire la présence d'un risque de suicide ou du niveau de sévérité de ce risque.

L'évaluation du risque de suicide offre seulement une vision instantanée à un instant donné. Les automutilations telles que les coupures superficielles peuvent être utilisées comme des moyens de réduction de la tension sans intention de mourir.

Les facteurs les plus importants à envisager immédiatement sont :

- les facteurs déclenchants contextuels ;
- l'état mental actuel.

L'évaluation du risque suicidaire implique un suivi du patient au long cours, car de nouveaux facteurs de risque peuvent survenir, même si l'état mental du patient s'améliore ou se stabilise.

Une personne ayant une détresse mentale peut présenter ou non les critères diagnostiques du DSM-IV-TR. Les handicaps lourds sont souvent associés à des troubles mentaux en dessous du seuil de diagnostic, particulièrement dans les domaines de symptômes de l'humeur et de l'anxiété.

L'évaluation du risque de suicide représente une intégration des facteurs suivants :

- intention de suicide, planification précise du suicide ;
- létalité des moyens susceptibles d'être utilisés pour se suicider ;
- accès direct à un moyen de se suicider ;
- présence de facteurs de risque (par exemple, une maladie mentale ou physique, une douleur chronique, un alcoolisme) ;
- sensation de désespoir ;
- facteurs déclenchants psychosociaux ;
- absence de la présence de facteurs protecteurs.

Selon les conclusions de la conférence de consensus de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) en 2000 (19) « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge », les degrés d'urgence de la crise suicidaire sont présentés ci-dessous dans le tableau.

Tableau 19. Les degrés d'urgence de la crise suicidaire selon la conférence de consensus de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), 2000 (19)

Urgence faible	Urgence moyenne	Urgence élevée
Le patient en crise : • est dans une relation de confiance établie avec un praticien ; • désire parler et est à la recherche de communication ; • cherche des solutions à ses problèmes ; • pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis ; • pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise ; n'est pas anormalement troublé mais psychologiquement souffrant.	Le patient en crise : • présente un équilibre émotionnel fragile ; • envisage le suicide. Son intention est claire ; • a envisagé un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée ; • ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir ; • a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi ; • est isolé.	Le patient en crise : • est décidé, a planifié le passage à l'acte prévu pour les jours qui viennent ; • est coupé de ses émotions, rationalise sa décision ou est très émotif, agité, troublé ; • est complètement immobilisé par la dépression ou dans un état de grande agitation ; • dont la douleur et la souffrance sont omniprésentes ou complètement tues ; • a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider ; • a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ; • est très isolé.

Les recommandations formalisées d'experts de Llorca et al., 2010 (21), proposent les facteurs de risque suicidaire à identifier qui sont décrits dans le tableau ci-dessous.

Tableau 20. Facteurs de risque suicidaire à identifier d'après Llorca *et al.*, 2010 (21)

Facteur de risque très spécifique	Facteur de risque spécifique
Idéation suicidaire	Accès à des moyens létaux
Dépression actuelle (et plus particulièrement dépression agitée/anxieuse)	Mauvaise qualité de l'entourage
Symptômes psychotiques	Épisode mixte actuel
Traits de personnalité impulsifs agressifs	Présence de cycles rapides
Antécédent de conduite suicidaire	Histoire familiale de suicide
	Comorbidités addictives
	Histoire d'automutilations
	Événements de vie négatifs
	Trouble bipolaire de type II

Selon Llorca *et al.*, la coexistence de ces facteurs augmente d'autant plus le risque suicidaire.

► Pour les adolescents

Selon les recommandations de la HAS de 2014 (20) « Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours », il est recommandé de rechercher les signes d'alerte suicidaire qui se distinguent parmi les facteurs de risque de dépression et de suicide.

Tableau 21. Signes d'alerte suicidaire

Signes de crise suicidaire	Intentionnalité suicidaire Antécédent suicidaire personnel ou dans l'entourage* Communication directe ou indirecte d'une idéation suicidaire** Autre signe transnosographique de crise suicidaire Désespoir, sentiment d'impasse, d'avenir bouché, de perte du sens de la vie, de culpabilité, de dénégation de soi Retrait avec désinvestissement des liens (amis, famille, société) voire syndrome pré-suicidaire de <i>Ringel</i> (calme apparent et retrait masquant le repli dans le fantasme suicidaire) Anxiété, agitation, instabilité comportementale, hyperactivité motrice, pré-suicidaire, incapacité à dormir ou hypersomnie, cauchemars Colère, rage incontrôlée ou sentiment de revanche, prise de risque incontrôlée (non calculée) et labilité importante de l'humeur Altération de la conscience de soi
Pathologie psychiatrique actuelle	Dépression caractérisée Conduite d'alcoolisation aiguë, consommation à risque de substances psychoactives Impulsivité, trouble des conduites, prise de risque incontrôlée
Contexte relationnel favorisant les sentiments de perte, d'injustice, de rejet, d'humiliation	Problèmes sentimentaux (séparation), situations d'exclusion (familiale, scolaire, institutionnelle, amicale), situations de tensions chroniques dans la famille : problème disciplinaire, absence de soutien relationnel, entourage violent

* Certains facteurs signalent la gravité de la tentative de suicide : préméditation, dissimulation du geste, absence de facteur déclenchant explicatif, moyen ou scénario à fort potentiel léthal, moyen toujours à disposition.

** Il existe un degré de gravité croissant entre les idées de mort, l'idéation suicidaire, l'intention suicidaire et la préparation du geste suicidaire.

3.3 Critères d'hospitalisation d'un patient présentant un trouble bipolaire

► Avis des recommandations

Selon le **Department of Veterans Affairs (VA), 2010** (10), les motifs pour une hospitalisation urgente incluent :

- le risque de suicide ;
- le risque de violence aiguë ;
- le délire ;
- et les pathologies médicales instables en phase aiguë.

L'hospitalisation doit être envisagée pour les patients ayant un état maniaque ou mixte grave qui altère leur capacité à s'occuper d'eux-mêmes.

On doit référer en urgence vers des services psychiatriques médicaux d'urgence, les patients avec un diagnostic de trouble bipolaire maniaque qui présentent des symptômes sévères comportant les signes et symptômes suivants :

- des délires ;
- des symptômes psychotiques marqués ;
- des symptômes sévères maniaques ;
- une suicidalité ou des idées de commettre des homicides ;
- un potentiel pour la violence (par exemple, des idées ou des tentatives de nuire aux autres ; des antécédents de violence ; une agitation violente ou une hostilité ; une psychose active) ;
- la prise prolongée, l'intoxication ou le sevrage de substances psychoactives illicites.

La violence naît souvent comme une réponse à une menace perçue ou à une frustration résultant de l'incapacité à atteindre ses buts par des moyens non violents.

Les facteurs spécifiques qui contribuent à un comportement violent peuvent être psychiatriques, médicaux, environnementaux, et les situations sociales.

La paranoïa concerne la notion d'autrui qui veut nuire au patient et des voix (spécialement des hallucinations) qui disent au patient de se faire du mal ou à de faire du mal autrui.

Ce sont des indications pour référer immédiatement le patient à des professionnels de santé mentale.

Selon le **guide médecin de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2009** (3), l'hospitalisation psychiatrique est justifiée en cas de :

- risque suicidaire élevé ;
- troubles du comportement majeurs qui peuvent engendrer des conséquences délétères pour le patient et pour l'entourage et les soignants ;
- forme sévère et/ou résistante au traitement nécessitant une réévaluation diagnostique et thérapeutique ;
- comorbidités complexes ;
- situation d'isolement ou de soutien socio-familial non adapté.

► Revue de la littérature

Selon la **Société française de médecine d'urgence, 2011** (22), les critères d'hospitalisation d'un patient présentant un trouble bipolaire sont :

- les phases d'état de la pathologie bipolaire : épisode dépressif majeur, épisode maniaque, épisode mixte ;
- l'existence d'un risque suicidaire qui ne se limite pas aux épisodes majeurs : les patients bipolaires conservent un risque de décès par suicide en dehors des épisodes majeurs ;

- la décompensation de maladie associée (pathologie cardio-vasculaire, en particulier), souvent méconnue ;
- les complications médico-légales d'un épisode thymique majeur actuel ou récent.

Les autres éléments pouvant constituer une indication d'hospitalisation sont :

- un doute diagnostique sur un trouble bipolaire en présence d'un épisode thymique ;
- un isolement social et familial ;
- l'existence d'une comorbidité addictive ;
- l'existence d'une comorbidité somatique ;
- un doute sur l'adhésion au traitement ;
- le retentissement systémique (épuisement, incompréhension des proches), patient non éduqué.

3.4 Adresser le patient pour un avis psychiatrique

Les recommandations du *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, 2014 (13), indiquent d'adresser en urgence à un spécialiste de santé mentale :

- en cas de dépression sévère ou de manie sévère suspectée ;
- si le patient représente un danger pour lui ou pour les autres.

4. Version soumise aux parties prenantes

Patient avec un trouble bipolaire : repérage et diagnostic en premier recours

Préambule

Le trouble bipolaire est une pathologie chronique et récurrente débutant majoritairement chez l'adolescent et l'adulte jeune.

Il s'agit d'un trouble de l'humeur alternant épisode(s) maniaque(s) ou hypomaniaque(s) (exaltation de l'humeur, agitation psychomotrice) et épisode(s) dépressif(s) avec des intervalles de rémission.

La présentation clinique et le cours évolutif sont très variables d'un patient à l'autre. Le trouble bipolaire peut potentiellement entraîner des conséquences psychosociales voire un handicap psychique.

Le trouble bipolaire est une pathologie psychiatrique sévère dont le risque évolutif majeur est le suicide. Un repérage diagnostique précoce et une prise en charge adaptée permettent d'améliorer le pronostic de la maladie.

Messages clés

- Le début de la maladie est souvent précoce (entre 15 et 25 ans).
- Pour le diagnostic la rupture avec le fonctionnement psychique antérieur et le caractère épisodique des troubles sont deux notions importantes.
- Devant tout épisode dépressif, il est recommandé de rechercher des arguments en faveur d'un trouble bipolaire. Il est important de différencier les troubles bipolaires d'un épisode dépressif caractérisé isolé ou récurrent car le traitement et la prise en charge ne sont pas les mêmes.
- Les troubles bipolaires sont hautement suicidogènes.
- Pour les adolescents souffrant d'un épisode dépressif et présentant un antécédent familial de trouble bipolaire, il est recommandé de les revoir en consultation pour suivre attentivement l'évolution.
- Envisager l'hospitalisation pour les patients présentant un épisode maniaque ou mixte ou pour tout épisode présentant des critères de sévérité.
- Tout patient doit être adressé à un psychiatre pour qu'il confirme le diagnostic, suive le patient et/ou donner un avis d'expert en collaboration avec le médecin traitant et avec la famille et les proches. Une collaboration étroite entre le psychiatre et le médecin traitant est indispensable.

Chez qui y penser ?

Le diagnostic du trouble bipolaire est complexe du fait :

- d'un début souvent précoce de la maladie (entre 15 et 25 ans) ;
- de pathologies psychiatriques comorbides (addictions, troubles anxieux, trouble des conduites etc.) ;
- de la prédominance des épisodes dépressifs ;
- des caractéristiques psychotiques fréquemment associées ;
- de la possibilité d'un déni (non-reconnaissance des troubles par le patient).

Les critères des épisodes maniaques, hypomaniaques et dépressifs sont indiqués dans l'annexe 3 du rapport d'élaboration.

Face à un épisode maniaque inaugural

Il s'agit d'une urgence psychiatrique. Une hospitalisation d'urgence psychiatrique est nécessaire. Un épisode maniaque inaugural permet de poser le diagnostic de troubles bipolaires.

Face à un épisode dépressif, il est recommandé de rechercher des arguments en faveur d'un trouble bipolaire

► Situation 1 : antécédent de manie

Un épisode de manie ou un virage maniaque sous traitement par un antidépresseur suffisent pour diagnostiquer un trouble bipolaire.

Un épisode maniaque qui apparaît durant un traitement par antidépresseur constitue une preuve suffisante pour un épisode maniaque.

► Situation 2 : antécédent d'hypomanie

Rechercher des antécédents d'hypomanie.

Le diagnostic est difficile : les épisodes sont souvent de durée brève de faible intensité symptomatique avec moins de répercussions fonctionnelles que dans l'épisode maniaque. En général les patients ne consultent pas pour un épisode d'hypomanie. Il passe facilement inaperçu.

La rupture avec le fonctionnement psychique antérieur est une notion importante pour le diagnostic.

Il est conseillé d'utiliser le *Mood Disorder Questionnaire*. Le *Mood Disorder Questionnaire* est un outil de repérage des hypomanies conçu dans le cadre du repérage du premier recours.

Le recours aux informations auprès des proches est indispensable pour rechercher les antécédents d'hypomanie et caractériser les symptômes.

► Situation 3 : dans le cas d'un épisode dépressif sans antécédent de manie ni d'hypomanie

Il est recommandé de rechercher les indicateurs permettant de suspecter une évolution possible vers une bipolarité.

- En premier lieu :
 - une survenue précoce de dépression avant 25 ans ;
 - des antécédents d'épisodes dépressifs et multiples (3 ou plus) ;
 - des antécédents familiaux connus de trouble bipolaire ;
 - un épisode dépressif avec ou sans caractéristiques psychotiques, dans le *post-partum* ;
 - une hyperphagie, une hypersomnie ;
 - des caractéristiques psychotiques congruentes avec l'humeur.
- Les indicateurs de bipolarité en deuxième lieu sont :
 - certaines particularités de l'épisode dépressif : agitation, hyperréactivité émotionnelle⁷, irritabilité, avec des débuts et des fins abrupts, sans facteur déclenchant reconnu ;
 - une suicidalité (passage répété à l'acte suicidaire par des moyens violents) ;
 - une réponse atypique à un traitement antidépresseur (non-réponse thérapeutique ; aggravation des symptômes ; apparition d'une agitation ; apparition de notion d'hypomanie même brève) ;
 - les passages à l'acte délictueux, des conduites sexuelles à risque.

⁷ cf. glossaire

► Cas particulier

1. Épisode mixte

Des symptômes dépressifs et des symptômes de manie peuvent coexister et sont classiquement nommés « épisodes mixtes ». Ils font partis du trouble bipolaire. Les nouvelles classifications parlent d'épisode maniaque ou dépressif avec caractéristiques mixtes.

Son diagnostic est difficile. Le risque suicidaire est majeur. Il requiert l'avis en urgence d'un psychiatre.

2. Le *post-partum*

Un épisode psychotique ou une psychose puerpérale peuvent être l'épisode inaugural d'un trouble bipolaire débutant dans le *post-partum*.

3. Devant une addiction

Devant une addiction (alcool, toxicomanie, etc..) il est recommandé de rechercher un éventuel trouble bipolaire (de même devant des conduites délictueuses).

Focus sur les adolescents

Les troubles bipolaires débutent majoritairement dans les dernières années de l'adolescence entre 15 et 19 ans. Les troubles bipolaires chez les enfants prépubères sont très rares.

Le recueil d'information auprès des proches et des enseignants est essentiel pour évaluer le retentissement des troubles bipolaires.

Il est recommandé de rechercher des prises de substances psychoactives, et des conduites à risque (notamment sexuelles).

La notion de rupture du comportement psychique antérieur est nécessaire au diagnostic.

Les épisodes mixtes sont fréquents. Le risque suicidaire est majeur pour un épisode mixte. Il requiert l'avis en urgence d'un psychiatre.

Les symptômes psychotiques sont fréquents (50 % des cas).

Épisode maniaque

Le tableau clinique de l'épisode maniaque à l'adolescence est proche de celui de l'adulte avec quelques particularités :

- l'irritabilité, l'agressivité, la violence sont parfois au premier plan ;
- l'humeur est souvent dysphorique dans l'épisode maniaque (l'humeur n'est pas classiquement joviale, euphorique).

Épisode dépressif

Le tableau clinique de l'épisode dépressif à l'adolescence est proche de celui de l'adulte avec quelques particularités :

il existe une irritabilité, une agressivité, qui peuvent être également au premier plan, entraînant des passages à l'acte et des troubles du comportement.

Pour les adolescents souffrant d'un épisode dépressif et présentant un antécédent familial de trouble bipolaire, il est recommandé de les revoir en consultation pour suivre attentivement l'évolution.

L'utilisation du *Mood Disorder Questionnaire* chez les adolescents n'est pas recommandée.

Recueil des données en pratique en cas de suspicion de trouble bipolaire

Une collaboration étroite entre le médecin généraliste traitant et le psychiatre est recommandée afin d'établir un diagnostic précoce et mettre en place une prise en charge thérapeutique adaptée.

Le diagnostic est avant tout clinique. Il est souvent nécessaire de proposer plusieurs évaluations successives afin de pouvoir poser le diagnostic d'un trouble bipolaire.

Pour finaliser le diagnostic des troubles bipolaires il est recommandé d'utiliser :*

- la classification DSM-IV et/ou DSM-5 qui nécessite seulement un seul épisode maniaque ou mixte ;
- et/ ou la classification ICD-10 qui requiert au moins 2 épisodes (dont un qui doit être un épisode maniaque ou hypomaniaque) pour lesquels l'humeur de la personne et les niveaux d'activité sont significativement perturbés.

Il est recommandé de réaliser une anamnèse, un examen clinique et un entretien clinique. L'entretien clinique permet de :

- constituer un arbre généalogique sur les maladies psychiatriques dans la famille (troubles bipolaires, suicides ; etc.)
- recueillir la totalité des antécédents du patient dont les antécédents de trouble de l'humeur durant la grossesse, les tentatives de suicide, des événements traumatisants (un deuil parental précoce, une maltraitance dans l'enfance) ;
- effectuer la revue de tous les épisodes précédents et évaluer les symptômes présents entre les épisodes ;
- évaluer la prise d'alcool ou de substances psychoactives illicites ;
- rechercher les comorbidités anxieuses ;
- rechercher des symptômes psychotiques. La présence simultanée de symptômes thymiques et psychotiques est fréquente, il est recommandé de ne pas poser trop rapidement un diagnostic de schizophrénie en présence d'hallucinations ou d'idées délirantes. Les symptômes psychotiques qui se manifestent dans le cadre de troubles bipolaires sont généralement congruents à l'humeur ;
- évaluer le risque suicidaire ;
- rechercher les facteurs déclenchants : événements de vie positifs ou négatifs (promotion, déménagement, divorce), facteurs de stress psychosociaux ;
- évaluer le fonctionnement socioprofessionnel, scolaire, personnel et familial ;
- obtenir quand cela est possible et dans les limites de la confidentialité la confirmation des antécédents par l'un des membres de la famille ou des proches. Il est recommandé d'échanger avec les autres professionnels de santé.

Aucun examen biologique ou d'imagerie, en l'absence de point d'appel clinique ou de test génétique, n'est, à l'heure actuelle, utile pour porter un diagnostic.

► Établir le diagnostic différentiel (adulte et adolescent)

Pathologie somatique : il convient de rechercher systématiquement une pathologie somatique : maladies endocriniennes et métaboliques (hypothyroïdie ou hyperthyroïdie, hypoglycémie, etc.), infectieuses (méningoencéphalite, etc.), neurologiques (épilepsie), auto-immunes (lupus, etc.), démences notamment chez les patients de plus de 40 ans.

Les médicaments : certains médicaments : les corticoïdes, les antidépresseurs, l'interféron alpha, certains antipaludéens peuvent induire un épisode thymique (état maniaque ou dépressif), ou l'imiter.

Les substances psychoactives

- L'abus, la dépendance et le sevrage de substances psychoactives : alcool, cannabis, psychostimulants (ecstasy, amphétamines et cocaïne par exemple) peuvent induire un épisode thymique (maniaque ou dépressif), ou l'imiter ;
- S'il y a une preuve d'abus de substances psychoactives, attendre pour poser le diagnostic d'un trouble bipolaire.

Les autres pathologies psychiatriques :

- les autres troubles de l'humeur (trouble unipolaire, trouble cyclothymique) ;
- les troubles de la personnalité (notamment les troubles borderline⁸)
- les troubles schizophréniques (schizophrénie dysthymique ou trouble schiz-oaffectif, autres troubles délirants) ;
- un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Peuvent aider à distinguer un trouble bipolaire du trouble du déficit de l'attention avec une hyperactivité : la présence nette d'épisodes d'humeur exaltée, d'idées de grandeur, l'âge de survenue des troubles, la nature épisodique et la rupture avec le fonctionnement antérieur.

Adresser le patient à une consultation de psychiatrie

Tout patient doit être adressé à un psychiatre pour qu'il confirme le diagnostic, suive le patient et/ou donne un avis d'expert en collaboration avec le médecin traitant et avec la famille et les proches (échanges d'informations écrites et orales).

Une collaboration étroite entre le psychiatre et le médecin traitant est indispensable.

Évaluer la sévérité du trouble bipolaire

Il est recommandé de rechercher les signes de sévérité par un entretien clinique avec l'aide de l'entourage du patient.

► Évaluer la sévérité de l'épisode dépressif :

- rechercher des symptômes psychotiques : délires (idées de ruine, persécution), hallucinations visuelles ou auditives ;
- rechercher des caractéristiques mélancoliques : incurabilité, indignité, culpabilité qui peuvent être d'intensité délirante, une douleur morale (état de détresse associée à une souffrance profonde) ;
- rechercher des idées et des projets suicidaires ;
- rechercher une intoxication ou un sevrage de l'alcool ou de drogues ;
- évaluer le retentissement somatique (dénutrition, déshydratation, incurie) ;
- évaluer la sévérité des troubles du sommeil ;
- évaluer la sévérité d'une éventuelle confusion ;
- rechercher des symptômes catatoniques (par exemple une immobilité motrice).

► Évaluer la sévérité de l'épisode maniaque :

- rechercher des symptômes psychotiques : délires (mégalo manie, persécution), hallucinations visuelles ou auditives ;
- évaluer la sévérité de l'agitation psychomotrice et de l'hétéro-agressivité ;
- évaluer la sévérité des conduites à risque (achats inconsidérés, conduites sexuelles à risque, actes délictueux, etc. ⁹) ;
- rechercher une intoxication ou un sevrage de l'alcool ou de drogues ;

⁸ Cf. glossaire

⁹ Penser aux mesures de protection des biens et/ou des personnes et à l'accompagnement des proches

- évaluer le retentissement somatique (dénutrition, déshydratation, incurie) ;
- évaluer la sévérité des troubles du sommeil ;
- évaluer la sévérité d'une éventuelle confusion ;
- rechercher des symptômes catatoniques.

► Évaluation du risque suicidaire dans les troubles bipolaires

Les troubles bipolaires sont une pathologie hautement suicidogène. Un patient sur deux fera au moins une tentative de suicide dans sa vie et au moins un patient sur dix non traité décèdera suite à une tentative de suicide (15 %).

Évaluer le risque suicidaire en recherchant la présence :

- d'intentions de projets et de planifications suicidaires ;
- de moyens à disposition pour se suicider (médicaments, armes à feu etc.) ;
- d'antécédents personnels et familiaux de tentatives de suicide ;
- d'antécédents de maltraitance (physique et psychologique) ;
- d'une sensation de désespoir intense, d'une anxiété majeure ;
- de traits de personnalité : impulsivité, agressivité, etc. ;
- de comorbidités somatiques et psychiatriques, par exemple : une addiction, une douleur chronique ;
- de stress psychosociaux (isolement, précarité, rupture, échec scolaire, perte d'emploi) ;
- d'une absence de facteurs protecteurs (un soutien social et associatif, une qualité des relations affectives).

Évaluer les facteurs de risque spécifiques du trouble bipolaire en recherchant la présence

- d'une survenue précoce de la maladie, de caractéristiques mixtes, de cycles rapides ;
- de symptômes psychotiques ;
- d'un alcoolisme, d'une toxicomanie.

Les degrés d'urgence de la crise suicidaire

Urgence faible	Urgence moyenne	Urgence élevée
Le patient en crise : • est dans une relation de confiance établie avec un praticien ; • désire parler et est à la recherche de communication ; • cherche des solutions à ses problèmes ; • pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis ; • pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise ; n'est pas anormalement troublé mais psychologiquement souffrant.	Le patient en crise : • présente un équilibre émotionnel fragile ; • envisage le suicide. Son intention est claire ; • a envisagé un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée ; • ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir ; • a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi ; • est isolé.	Le patient en crise : • est décidé, a planifié le passage à l'acte prévu pour les jours qui viennent ; • est coupé de ses émotions, rationalise sa décision ou est très émotif, agité, troublé ; • est complètement immobilisé par la dépression ou dans un état de grande agitation ; • dont la douleur et la souffrance sont omniprésentes ou complètement tues ; • a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider ; • a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ; • est très isolé.

Critères d'hospitalisation d'un patient ayant un trouble bipolaire

Il faut privilégier l'hospitalisation libre en psychiatrie après avoir éliminé une cause organique. Parfois le déni des troubles peut amener à mettre en place des soins sous contrainte.

Le patient mineur est hospitalisé sur décision parentale ou sur décision du responsable légal ou du juge pour enfant (ordonnance de placement provisoire).

Envisager l'hospitalisation pour les patients présentant :

- un risque de suicide ;
- un épisode maniaque ou mixte ;
- une agitation violente, des antécédents de violence ; une sévérité d'un épisode dépressif (caractéristique mélancolique, psychotique ; caractéristique mixte ; etc.) ;
- les complications médico-légales d'un épisode thymique ;
- des troubles du comportement majeurs, qui peuvent engendrer des conséquences délétères pour les patients et pour leur entourage, pour les soignants ;
- un isolement social et familial ; un épuisement des proches.

Glossaire

L'hyperréactivité émotionnelle est définie comme l'émergence soudaine et non maîtrisée d'émotions positives ou négatives particulièrement intenses.

Le trouble borderline est un trouble de la personnalité qui, se caractérise par sa permanence, alors qu'il existe des intervalles libres dans les troubles bipolaires. Les troubles de personnalité borderline sont entre autres caractérisés par des fluctuations rapides de l'humeur (selon la définition de la classification CIM-10).

Le trouble schizo-affectif (schizophrénie dysthymique) : troubles épisodiques dans lesquels des symptômes affectifs (maniaques, dépressifs) et des symptômes schizophréniques sont conjointement au premier plan de la symptomatologie mais ne justifient pas un diagnostic de schizophrénie ni d'épisode dépressif ou maniaque (selon la définition de la classification CIM-10).

5. Avis des parties prenantes

1. COMMENTAIRES SUR LA FORME		
Sociétés savantes, collèges, associations	1 Éléments (+)	2 Éléments (-)
Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et discipline associées	Recommandations claires. Références actualisées. Prise en compte de l'adolescent et ses spécificités	Insister davantage sur le fait qu'en cas de suspicion d'un TB chez l'adolescent, un avis spécialisé est nécessaire, en particulier pour le traitement médicamenteux. Insister sur le fait que ces recommandations ne concernent pas l'enfant prépubère.
Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire	Document clair et synthétique	La rédaction laisse penser que seuls le psychiatre et pédopsychiatres sont les interlocuteurs ; or pédiatres, médecins généralistes et médecins scolaires sont très concernés et la lecture de ce document ne donne pas suffisamment l'importance qu'ils s'impliquent dans ces repérages.
Collège de la médecine générale	Après lecture de la fiche, le Collège souhaite saluer le travail réalisé et atteste de la qualité du document. Néanmoins, nous souhaitons vous transmettre les remarques ci-après.	Comme pour toutes les fiches mémo réalisées par la Haute Autorité de Santé, nous attirons votre attention sur la longueur du document ; les points essentiels n'apparaissent pas vraiment. A qui s'adresse exactement cette fiche ? Quelle est sa cible ? Quel est son objectif ? Si le professionnel connaît très bien la problématique, par exemple un psychiatre, ce document risque d'être insuffisant, voire inutile. Si le professionnel connaît peu la problématique ou n'est concerné que pour une part peu importante de son activité, la fiche est trop longue, et ne permet ni une compréhension immédiate, ni un focus sur les points essentiels. Ceci est la problématique générale des fiches mémo et points clés.
Société française de psychologie	A la lecture du document, les différentes parties constitutives de celui-ci témoignent d'une analyse rigoureuse de la complexité des troubles bipolaires qui se développent chez les adultes et les adolescents. Nous n'avons donc pas d'éléments supplémentaires à ajouter.	Cependant, en lien avec les thématiques qui sont développées dans les deux revues de la Société Française de Psychologie (Psychologie Française & Pratiques Psychologiques), une mise en perspective des interventions psychologiques qui sont à proposer à des personnes dont le diagnostic de troubles bipolaires est posé est abordée à travers les références suivantes : L'environnement culturel dans lequel une

		personne développe des troubles bipolaires est à identifier au moment où un diagnostic en premier recours va orienter les interventions psychologiques auprès de cette personne. Cela permet de repérer à quel moment un environnement culturel (familial, scolaire, universitaire, professionnel, sportif,...) a permis à une personne d'être inclus dans celui-ci et à quel moment au sein de cet environnement les troubles bipolaires sont apparus.
Société française de médecine du travail	Nous en avons discuté au sein du CA de la Société Française de Médecine du Travail avec le collègue qui avait participé à ce groupe de travail et nous n'avons pas de remarque spécifique à formuler	
Argos 2001	Pour notre part nous n'avons à priori rien à rajouter ou corriger.	
Société française de pédiatrie	Le tableau sur les degrés d'urgence de la crise suicidaire	Quelques coquilles (orthographe, puces et retour à la ligne dans les tableaux) Les items face à un épisode maniaque et face à un épisode dépressif sont des sous chapitres de « Chez qui y penser » ; changer la taille ou la forme des titres. J'ai cru que les personnes à qui il fallait penser étaient contenues dans le chapeau introductif de ce chapitre.
Fondamental	Synthétique et plutôt complet	
2. COMMENTAIRES « PRÉAMBULE »		
Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire	RAS ; faut-il préciser dans le préambule les incidences familiales ? Rappeler l'importance du temps de l'annonce de ce trouble : la maladie psychiatrique continue de faire peur et l'annoncer n'est pas sans conséquences pour le patient comme pour ses proches	
CNAMS	Le trouble bipolaire peut potentiellement entraîner : faire une phrase plus simple. Dans le rapport p.10, les csq sont clairement graves, pas potentielles : handicap très important. Suicide : risque évolutif ou complication ? La différence entre hypomaniaque et maniaque pourrait être introduite pour une meilleure lisibilité du document. Globalement, le préambule pose assez peu la problématique et n'éclaire vraiment pas la lecture de la suite du document	
Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux	Je propose de reformuler la 5ème phrase ainsi : Le trouble bipolaire peut (« peut potentiellement » me semblant être un pléonasme) avoir des conséquences sur la vie sociale (vie professionnelle, études, vie relationnelle et familiale, gestion budgétaire, estime de soi, etc...) plus ou moins gênantes pour la personne. La personne peut se trouver en situation de handicap en raison de son trouble.	

Société française de pédiatrie	Bien sauf la phrase « Le trouble bipolaire peut potentiellement entraîner des conséquences psychosociales voire un handicap psychique » alors que l'on parle après de pathologie psychiatrique sévère avec comme risque majeur le suicide. Je proposerai « le trouble bipolaire à des conséquences psychosociales souvent majeures et peut conduire au statut reconnu de handicap psychique ».
Fondamental	: Phrase 3 et 4 redondantes dans le fond et un peu contradictoires dans la forme (« peut potentiellement vs « est une pathologie sévère ». Pas de notion sur les comorbidités physiques et en particulier Cardio-vasculaire.
3 . COMMENTAIRES « MESSAGES CLÉS »	
Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et discipline associées	Insister : En cas de suspicion d'un trouble bipolaire chez l'adolescent, un avis spécialisé est nécessaire
Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire	Il faudrait que le message soit plus précis sur ce qui doit alerter un médecin ou un professionnel du soin. Regrouper les éléments sur la dépression (messages 3 & 5) car ils sont entrecoupés du rappel sur les risques suicidaires Que faire au niveau du traitement en première intention : ce n'est pas dit et c'est pourtant une question qui se pose dans l'attente d'un RDV avec un psychiatre (délai souvent long) Faire un message cela sur 'l'importance de l'interview des proches car le patient BP n'est pas toujours à même d'explicitier son état Un message clé devrait être consacré à la nécessité d'un suivi pluridisciplinaire et d'un travail de réseau entre tous les professionnels prenant en charge ce patient (hôpital, structure scolaire, entreprise, cabinet libéral).
Cnams	Le fil du raisonnement et de la démarche diagnostique n'apparaît pas de prime abord. Elle n'est pas strictement la même dans le mémo et la méthode. Cette situation gêne la lecture des paragraphes jusqu'à la situation 3.
Société française de pédiatrie	J'ajouterai un item sur les tentatives de suicide Cela me semble notamment pertinent pour les adolescents dont le premier contact avec un soin psychologique ou psychiatrique se fait souvent à l'occasion d'une tentative de suicide. La majorité des adolescents suicidants, quand ils sont hospitalisés, le sont dans les services de pédiatrie (référence sur demande). La recherche d'éléments personnels ou familiaux évoquant un trouble bipolaire devrait être recherché. (soit dit en passant, les recommandations ANAES sur la prise en charge hospitalière des TS à l'adolescence datent de 1998 et mériteraient une mise à jour).
4 .COMMENTAIRES « CHEZ QUI Y PENSER ? »	
Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire	Ce paragraphe ne répond pas à la question mais aborde la complexité du trouble BP. Il faut être plus clair. « Chez qui y penser ? - chez un jeune entre 15-25 ans) - quand sont associées des pathologies psychiatriques comorbides...etc »
Société française de pédiatrie	Les items face à un épisode maniaque et face à un épisode dépressif sont des sous chapitres de « Chez qui y penser » ; changer la taille ou la forme des titres. J'ai cru que les personnes à qui il fallait penser étaient contenues dans le chapeau

	introduction de ce chapitre.
Fédération française d'addictologie	Renvoi à l'annexe 3 du rapport d'élaboration. La fiche MEMO doit se suffire pour son utilisation pratique d'autant qu'elle est destinée au premier recours.
5. Paragraphe : «Face à un épisode maniaque inaugural »	
Association Française de Promotion de la Santé Scolaire et Universitaire	Redéfinir les manifestations d'un épisode maniaque...tous les lecteurs ne seront pas psychiatres..
Société Française de Pédiatrie	« Il s'agit d'une urgence psychiatrique. Une hospitalisation d'urgence psychiatrique est nécessaire. Un épisode maniaque inaugural permet de poser le diagnostic de troubles bipolaires. » On est dans le chapitre Quand y penser, donc le chapitre diagnostic...Inverser les phrases : Un épisode maniaque inaugural permet de poser le diagnostic de troubles bipolaires. Il s'agit d'une urgence
6. Paragraphe : « Face à un épisode dépressif, il est recommandé de rechercher des arguments en faveur d'un trouble bipolaire »	
Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire	Juste préciser qu'il y a trois contextes possibles (antécédents de manie, d'hypomanie, épisode dépressif sans antécédents)
Cnams	Situation 1 : les 2 phrases disent la même chose Situation 3 : des caractéristiques congruentes avec l'humeur.... faire une phrase plus simple
7. Sous paragraphe : « Situation 1 : antécédent de manie »	
Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire	Définir un « virage » maniaque
Fondamental	Incompréhensible, les deux phrases sont redondantes et manque de nuance
8. Sous paragraphe : « Situation 2 : antécédent d'hypomanie »	
Société française de pédiatrie	Nous sommes toujours dans la partie évocation du diagnostic. L'existence d'un épisode d'hypomanie permet-il de diagnostiquer un trouble bipolaire ou doit-on attendre au moins deux épisodes d'hypomanie
Fondamental	Mal rédigé ; attention la notion de recours au proche doit être conseillé tout en respectant le secret médical et avec l'accord du patient
Fédération française d'addictologie	Conseil d'utiliser le Mood Disorder Questionnaire. Intérêt de l'intégrer à la fiche MEMO
9. Sous Paragraphe : « Situation 3 : dans le cas d'un épisode dépressif sans antécédent de manie ni d'hypomanie»	
Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et discipline associées	Il n'y a pas de section de ce type chez l'adolescent. Or les médecins généralistes voient beaucoup d'adolescents en souffrance psychique et assez fréquemment prescrivent sans surveillance rapprochée des antidépresseurs. Des épisodes dépressifs survenant chez un adolescent ayant une histoire personnelle psychiatrique significative (et non pas seulement un ATCD familial de TB) imposent une surveillance accrue, en particulier ceux qui ont présenté d'autres EDC (Brunelle, 2009) ou un TDAH (Biederman, 2009, 2014). De plus, la survenue d'un syndrome excitatoire sous antidépresseurs devrait amener la consultation d'un spécialiste (cf ce qui est dit dans la fiche memo pour

	les adultes, dans le DSM-5 pour le dépistage d'un épisode (hypo)maniaque ou bien d'autres publications, comme Guilé 1996)
Société française de pédiatrie	Un épisode dépressif associé à une hyperphagie est fréquent à l'adolescence et chez le jeune adulte. Les adolescents présentant des TCA type boulimique ou les patients anorexiques avec virage boulimique présentent souvent des troubles de l'humeur et une suicidalité élevée, en lien notamment avec la peur de prendre du poids et la souffrance liée au TCA. Ne risque-t-on pas de surdiagnostics en laissant ici l'item hyperphagie ?
Fondamental	« survenant » dans le post-partum : Ajouter caractéristiques atypiques après hyperphagie-boulimie Globalement il pourrait être plus didactique de séparer les arguments ayant trait aux caractéristiques cliniques de l'épisode (ex hyperréactivité émotionnelle), les arguments donnés par la réponse aux traitements (pas de réponse aux ADEP) et les arguments en lien avec l'histoire de la maladie sur la vie entière (multiples épisodes)
10. Paragraphe : « Cas particulier. Épisode mixte »	
Société française de pédiatrie	L'alternance dans une même journée de moments d'euphorie et de symptômes dépressifs correspondent t'ils à ce que vous nommez épisode mixte ? Si oui, peut-on le dire comme cela ?
11. Paragraphe « Cas particulier. Le post-partum »	
12. Paragraphe : « Cas particulier. Devant une addiction »	
Société Française de Pédiatrie	Préciser également addictions sans produits si c'est justifié (jeux, TCA, sport)
13 COMMENTAIRES « FOCUS SUR LES ADOLESCENTS »	
Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et discipline associées	Page 42 : Les recommandations de l'ISBD (16) citent : bien que des études génétiques n'aient pas été réalisées chez les enfants, la composante génétique pour la validation du diagnostic apparaît importante car la présence des troubles bipolaires chez les parents de tels enfants est un important marqueur. Le déroulement de cette maladie chez les enfants avec des troubles bipolaires a tendance à impliquer des épisodes mixtes avec des états d'humeur fluctuant rapidement. Une survenue précoce d'un tel type de trouble bipolaire peut prédire à l'âge adulte un pronostic grave. Ce passage pose problème car on ne parle que d'enfant. Il faudrait dire « adolescent » si on ne veut pas prêter à confusion avec le reste du document où il est dit partout, à juste titre, que le trouble bipolaire prépubère est rare.
Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire	Ce focus ne permet pas à des praticiens non psychiatre d'avoir les éléments suffisants pour différencier des troubles « classiques » liés à cette période de la vie, de troubles évocateurs de bipolarité Ajouter au niveau des conduites à risque les « jeux dangereux » et préciser qu'il faut aussi être attentif à la « suraccidentologie » des adolescents (blessures répétées liées aux prises de risque) Préciser le ratio fille/garçon Quid de la scolarité ? il faudrait citer des éléments fréquemment retrouvés dans le parcours scolaire de ces jeunes : troubles de l'attention inhabituels, décrochage scolaire ; transgression inhabituelle ; fugue inexpiquée, etc.
Société française de pédiatrie	La phrase « «Le recueil d'information auprès des proches et des enseignants est essentiel pour évaluer le retentissement des troubles bipolaires.» me paraît insuffisante. Le recueil d'informations auprès des parents et des enseignants est essentiel pour rechercher des symptômes évocateurs de troubles bipolaires et évaluer leur retentissement, notamment sur le fonctionnement familial.

	En quoi l'item suivant est-il spécifique aux adolescents ?! Il est recommandé de rechercher des prises de substances psychoactives, et des conduites à risque (notamment sexuelles etc). Il y a par essence des prises de risque à l'adolescent et ce type de recherche risque d'être confondant...Ou alors il faut préciser l'intensité de la consommation ou préciser ce qu'on appelle conduite à risque sexuelle (les premières expériences ne sont pas toujours sans risque...)
14 Paragraphe : « Épisode maniaque »	
Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et discipline associées	Épisode maniaque Le tableau clinique de l'épisode maniaque à l'adolescence est proche de celui de l'adulte, avec quelques particularités : - l'irritabilité, l'agressivité, la violence sont parfois au premier plan ; - l'humeur est souvent dysphorique dans l'épisode maniaque (l'humeur n'est pas classiquement joviale, euphorique). La formulation entre parenthèses pourrait laisser penser qu'on ne trouve pas l'euphorie dans la manie (de l'enfant et) de l'adolescent, alors qu'un certain nombre d'auteurs et de cliniciens apportent des arguments pour que l'euphorie figure dans les critères.
15 Paragraphe : « Épisode dépressif »	
Fondamental	Il n'est pas fait mention de la notion de la variabilité plus importante de la symptomatologie souvent observée chez l'adolescent
16. COMMENTAIRES « RECUEIL DES DONNÉES EN PRATIQUE EN CAS DE SUSPICION DE TROUBLE BIPOLAIRE »	
Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et discipline associées	Reformulations. Les symptômes psychotiques sont fréquents (50% des cas). Ce chiffre découle notamment de l'étude menée à la Salpêtrière auprès de BP-I. On peut craindre que l'on sous-diagnostique les non-psychotiques et nous suggérons de conserver la phrase en retirant le pourcentage
Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire	Ne pas oublier médecin scolaire pour les adolescents qui est l'interlocuteur indispensable pour faire le lien avec l'établissement scolaire et qui devra de toutes façons être contacté si n emménagement de cours et nécessaire ou si le jeune doit prendre un traitement sur le temps scolaire (PAI)
Fondamental	Il y a une confusion entre le diagnostic de trouble bipolaire 1 et 2 il faut des détails pour le TB2 Il n'est pas fait mention de la nécessité de chercher aussi les ATCD médicaux fortement associés.
17. COMMENTAIRES « ÉTABLIR LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL (ADULTE ET ADOLESCENT) »	
18. Paragraphe : « Pathologies somatiques »	
19. Paragraphe : « Les médicaments »	
Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et discipline associées	Préciser la nécessité d'un avis spécialisé avant la mise en place du traitement, surtout à l'adolescence.
Fondamental	« ou l'imiter » : pas clair ?
20. Paragraphe : « Les substances psychoactives »	
Société française de	Page 4 du Mémo et page 43 : Ajouter le Méthylphénidate.

psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et discipline associées	
Société française de pédiatrie	S'il y a une preuve de d'abus de substances psychoactives attendre 7 jours d'abstinence certaine pour poser le diagnostic d'un épisode maniaque trouble bipolaire.
Fondamental	A propos des abus et dépendances, il est utile de préciser que c'est à la fois un diag différentiel et une comorbidité donc il faut être prudent dans les deux sens ne pas exclure trop vite et ne pas faire trop vite le diagnostic.
Fédération française d'addictologie	Intérêt de conseiller un avis addictologique dans cette situation.
21. Paragraphe : « Les autres pathologies psychiatriques »	
Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et discipline associées	P 4 Les autres pathologies psychiatriques : les autres troubles de l'humeur (trouble unipolaire, trouble cyclothymique, dysrégulation thymique et comportementale).
Société française de pédiatrie	Expliquer un minimum « trouble cyclothymique » dans le glossaire.
22. COMMENTAIRES « ADRESSER LE PATIENT À UNE CONSULTATION DE PSYCHIATRIE »	
Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et discipline associées	Ajouter : quand il s'agit d'un adolescent.
Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire	Ne pas oublier le médecin scolaire dans les collaborateurs...
23 COMMENTAIRES « ÉVALUER LA SÉVÉRITÉ DU TROUBLE BIPOLAIRE »	
24. Paragraphe : « Évaluer la sévérité de l'épisode dépressif »	
L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux	Sur la question de l'évaluation de la sévérité du trouble bipolaire, il n'est à aucun endroit mentionné la question de l'évaluation des conséquences sociales du trouble qui nécessitera un accompagnement psycho-social , en articulation avec les soins médicaux.
25. Paragraphe : « Évaluer la sévérité de l'épisode maniaque »	
Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire	Cette partie ne devrait-elle pas figurer avant « adresser le patient à une consultation de psychiatrie » ?
L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux	La note de bas de page n°4 est très intéressante, toutefois, cette note de bas de page concerne les soins et l'accompagnement. Or il me semblait que la fiche mémo ne traitait que du repérage et du diagnostic en premier recours. La note de bas de page apparaît donc un peu elliptique.
26 Paragraphe : « Évaluation du risque suicidaire dans les troubles bipolaires »	

Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et discipline associées	Page 5 : Évaluer le risque suicidaire en recherchant la présence : - de l'abandon des suivis médico-psychologiques antérieurs.
Société française de pédiatrie	et au moins un patient sur dix non traité décédera par suicide suite à une tentative de suicide (15 %). Dans les facteurs protecteurs, ajouter si le patient vit seul ou en famille.
Fédération française d'addictologie	Dans les facteurs de risque spécifique, plutôt que de parler d'alcoolisme et de toxicomanie termes péjoratifs il conviendrait de parler d'addiction à l'alcool, d'addiction aux substances illicites ou d'addiction à d'autres substances psychoactives.
27 Paragraphe : « Les degrés d'urgence de la crise suicidaire »	
Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire	Rappeler aux praticiens qu'en cas de doute il peut appeler le SAMU (non seulement pour le patient mais aussi car toute erreur d'évaluation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire risquant d'impliquer sa responsabilité médico-légale).
Cnams	urgence faible : mise en page
28. Paragraphe : « Critères d'hospitalisation d'un patient ayant un trouble bipolaire »	
Société française de pédiatrie	« Il faut privilégier l'hospitalisation libre en psychiatrie après avoir éliminé une cause organique. ». Le « après avoir éliminé une cause organique » est source de difficulté. En cas de symptômes maniaques ou dépressifs majeurs, un service de psychiatrie est le plus adapté. Un avis par un médecin « somaticien » (terme assez désagréable pour les médecins internistes ou généralistes mais...) peut être demandé au sein du service de psychiatrie. L'hospitalisation en médecine ou dans des lits d'urgence pour « éliminer une cause organique » n'est pas le plus souvent adapté. Le patient mineur est hospitalisé sur décision parentale ou sur décision du responsable légal ou par ordonnance de placement provisoire (sur décision du Procureur de la République ou du juge des enfants) du juge pour enfant (ordonnance de placement provisoire)
Fondamental	Risque suicidaire : ajouter « élevé ». Résistance aux traitements ? Bilan diagnostique
29 Paragraphe : « Glossaire »:	
CNAMS	Rajouter la définition de la dysphorie ?
Société française de pédiatrie	Ajouter Trouble cyclothymique :
30. Autres commentaires	
Direction générale de la santé	L'examen de ces documents, riches par la revue de littérature et par le ciblage des points d'amélioration des pratiques, appellent de ma part une remarque relative aux lieux (ou institutions) et professionnels concernés par le repérage précoce de ce trouble. En effet, il me paraît utile de mentionner, au nombre des professionnels de premier recours, à côté des médecins de ville, les professionnels des PMI, des maternités, des maisons des adolescents, les travailleurs sociaux exerçant dans les missions

	locales ou dans les structures d'hébergement, ou encore les professionnels de l'Education nationale. Cette liste, qui n'est pas limitative, tend à mettre en évidence la multiplicité des intervenants dans la phase de repérage.
Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire	Peut-être ajouter des références sur des structures ressources types (Fondamental) et certaines associations ... Rappeler aux praticiens les droits des patients et les démarches qu'ils doivent faire auprès de la MDPH etc.
Fondamental	Il y a plusieurs erreurs de typographie (virgules ou points mal placés) et quelques erreurs de mise en page dans certains retours à la ligne par exemple.

► Synthèse des avis du groupe du travail sur les parties prenantes

1) Commentaire « *Conseil d'utiliser le Mood Disorder Questionnaire. Intérêt de l'intégrer à la fiche MEMO* »

Le MDQ sera placé dans un document à part sur le site de la HAS à côté de la fiche mémo, ainsi qu'un glossaire.

2) Commentaire « *Préciser également addictions sans produits si c'est justifié (jeux, TCA, sport)* ». Le groupe de travail a décidé de ne pas rajouter cette proposition. Aucune recommandation disponible à ce jour ne permet de reconnaître ce type d'addiction comme spécifique pour le diagnostic des troubles bipolaires.

3) Commentaire « *De plus, la survenue d'un syndrome excitatoire sous antidépresseurs devrait amener la consultation d'un spécialiste* »

Le groupe de travail a décidé de ne pas ajouter cette notion qui est déjà précisée dans le paragraphe « Chez qui y penser : indicateurs de bipolarité ».

4) Commentaire « *Les adolescents présentant des TCA type boulimique ou les patients anorexiques avec virage boulimique présentent souvent des troubles de l'humeur et une suicidalité élevée, en lien notamment avec la peur de prendre du poids et la souffrance liée au TCA. Ne risque-t-on pas de surdiagnostics en laissant ici l'item hyperphagie ?* »

Le groupe de travail a souhaité maintenir la notion d'hyperphagie car elle est citée associée à un épisode dépressif caractérisé dans les recommandations et les revues de littérature.

5) Commentaire « *Il n'est pas fait mention de la notion de la variabilité plus importante de la symptomatologie souvent observée chez l'adolescent* »

Le groupe de travail a discuté et n'a pas retenu cette proposition car le tableau clinique de l'épisode maniaque et celui de l'épisode dépressif à l'adolescence par rapport à l'enfance sont davantage proches de celui de l'adulte avec quelques particularités.

6) Commentaire « *s'il y a une preuve de d'abus de substances psychoactives attendre au minimum 7 jours pour poser le diagnostic d'un trouble bipolaire* ».

Le groupe de travail a souhaité ne pas préciser la durée de 7 jours minimum pour attendre de poser le diagnostic de trouble bipolaire car la durée de l'attente peut être extrêmement variable selon les addictions, par exemple pour l'alcool.

7) Commentaire : « *les autres troubles de l'humeur (trouble unipolaire, trouble cyclothymique, dysrégulation thymique et comportementale)* »

Le groupe de travail n'a pas souhaité préciser ces pathologies car elles sont de définitions récentes et extrêmement spécialisées.

8) Commentaire « *Rappeler aux praticiens qu'en cas de doute il peut appeler le SAMU (non seulement pour le patient mais aussi car toute erreur d'évaluation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire risquant d'impliquer sa responsabilité médico-légale)* ».

Le groupe de travail n'a pas souhaité ajouter le numéro du SAMU dans la fiche mémo car il est connu et pour éviter un risque d'appels trop importants. Par contre les associations de patients et le numéro des associations de type SOS Suicide pourront être indiqués dans les contacts à proposer sur l'annexe de la fiche mémo.¹⁰

¹⁰ Cf. annexe 4 : Associations de patients et de représentants d'usagers, et annexe 5 : Situations d'urgence : que-faire-et-a-qui-s-adresser-face-a-une-crise-suicidaire.

9) Commentaire « *Rappeler aux praticiens les droits des patients et les démarches qu'ils doivent faire auprès de la MDPH etc.* »

Cette remarque concerne davantage la prise en charge que le diagnostic en premier recours et n'a pas été retenue par le groupe de travail.

10) Suite aux commentaires des parties prenantes sur le paragraphe « Face à un épisode dépressif, il est recommandé de rechercher des arguments en faveur d'un trouble bipolaire » le groupe de travail a remplacé ce paragraphe par un arbre décisionnel, et modifié le libellé des différentes situations cliniques qui peuvent se présenter.

11) Suite à la mise en ligne sur le site de la HAS des recommandations « Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours » le groupe de travail a décidé d'ajouter le tableau concernant les signes d'alerte suicidaire (19).

.

6. Validation

6.1 Avis de la commission des stratégies de prise en charge

6.1.1 Premier passage

La commission des stratégies de prise en charge a examiné le projet de fiche mémo et son rapport d'élaboration en séance le mardi 31 mars 2015 (Avis CSPC 2015-03 n° 1 : Fiche mémo : Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours »).

Ce travail s'inscrit dans le cadre du programme pluriannuel en santé mentale de la HAS et répond à une saisine de la Direction générale de la santé, de la Direction générale de l'offre de soins et de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Les points d'amélioration des pratiques attendue en termes de qualité et de sécurité des soins sont les suivants :

- réduire le délai du diagnostic d'un trouble bipolaire ;
- prévenir ainsi les complications des troubles bipolaires dont le risque suicidaire.

Les objectifs sont :

- améliorer le repérage des patients souffrant d'un trouble bipolaire en médecine de premier recours ;
- améliorer par un repérage précoce la prévention des complications des troubles bipolaires (dont le risque suicidaire) ;
- favoriser les échanges entre les médecins généralistes et les psychiatres sur cette maladie.

La commission a trouvé que la fiche mémo comportait beaucoup de pages et que son contenu était parfois redondant. Il a été souligné que le titre ne correspondait pas au contenu, le diagnostic n'étant pas abordé dans la fiche mémo. La terminologie de « prise en charge initiale » étant plus appropriée, elle est proposée en remplacement de « diagnostic ». La rédaction du 7^e message clé, repris en page 9 dans le chapitre « Confirmer le diagnostic », est à reprendre car génératrice de confusion.

Un membre de la commission a souligné l'importance de la relation entre le patient et son médecin généraliste traitant qui, si elle ne peut pas être notée dans la fiche mémo, explique la réussite de ce travail de repérage et la qualité de la prise en charge.

La commission a renvoyé l'examen de la fiche mémo « **Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours** » à la prochaine séance, avec prise en compte des modifications demandées.

6.1.2 Second passage

La commission des stratégies de prise en charge a examiné le projet de fiche mémo et son rapport d'élaboration en séance le mardi 28 avril 2015 (Avis CSPC 2015-04 n° 1 : Fiche mémo : Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours »).

Les rapporteurs ont considéré que la qualité générale de la fiche mémo était bonne et proposé des améliorations afin d'en faciliter la lecture et l'appropriation.

Après discussion, la commission a demandé :

- d'intégrer le préambule proposé par les rapporteurs dans la fiche mémo, avec remplacement de « pathologie » par « maladie » ;
- de mettre le nom français du « *Mood Disorder Questionnaire* », c'est-à-dire le questionnaire « trouble de l'humeur », suivi entre parenthèses de son nom en anglais. Un membre

de la commission précise que ce questionnaire est disponible sur le site de l'université de Montpellier ;

http://www.med.univ-montp1.fr/Enseignement/Formation_Continue/Soirees/FMC_241111_Questionnaire_MDO.pdf

- d'améliorer la forme dans le cadre « Focus sur les adolescents » afin de gagner en concision et en clarté
- de simplifier la partie relative au diagnostic en donnant uniquement le nom des classifications, ainsi que celle sur les diagnostics différentiels, et plus particulièrement sur les autres pathologies psychiatriques (simple énumération sans liste à puces) ;
- d'améliorer la forme du tableau relatif à l'évaluation de la sévérité du trouble bipolaire ;
- de fusionner les 2 cadres « Confirmer le diagnostic » et « Critères d'hospitalisation d'un patient ayant un trouble bipolaire » en un seul appelé : « Conduite à tenir », comportant 2 paragraphes : le premier intitulé : « Coordination et parcours de soins » (à la place de « Confirmer le diagnostic ») et le second : « Critères d'hospitalisation » ;
- d'intégrer dans ce nouveau cadre le tableau relatif aux degrés d'urgence de la crise suicidaire ;
- de supprimer le glossaire.

La commission a donné un avis favorable à la condition que les modifications proposées soient prises en compte avant soumission au Collège de la HAS.

6.2 Adoption par le Collège de la HAS

La fiche mémo et le rapport d'élaboration ont été adoptés par le Collège de la HAS en sa séance du 3 juin 2015.

Annexe 1. Recherche documentaire

► Méthode de recherche documentaire

- La recherche a porté sur les sujets et les types d'études définis en phase de cadrage et a été limitée aux publications en langue anglaise et française.
- Concernant les restrictions sur la date de publication, pour cette recherche portant sur le repérage et le diagnostic, il n'a pas été imposé de limite pour l'année de parution des documents, si ce n'est celle de la dernière mise à jour faite en janvier 2015.

Sources

- Les sources suivantes ont été interrogées :
 - pour la littérature internationale : Medline, PubPsych ;
 - pour la littérature francophone : base SantéPsy ;
 - la *Cochrane Library* ;
 - les sites Internet publiant des recommandations, des rapports d'évaluation technologique ou économique ;
 - les sites Internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié.
- Cette recherche a été complétée par la bibliographie des experts et les références citées dans les documents analysés.
- Ci-dessous, la liste des sites Internet consultés :

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)
<http://ansm.sante.fr/>

Ascodocpsy
www.ascodocpsy.org

Assemblée nationale
www.assemblee-nationale.fr

Association argos 2001
<http://www.argos2001.fr/>

Association française de psychiatrie (AFP)
<http://www.psychiatrie-francaise.com/>

Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)
<http://www.ameli-sante.fr/>

Centre des troubles anxieux et de l'humeur (CTAH)
<http://ctah.eu/>

Congrès de psychologie et de neurologie de langue française (CPNLF)
<http://cpnlf.fr/>

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
www.drees.sante.gouv.fr

Fédération française de psychiatrie (Psydoc)
<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/>

Fondation pour la recherche médicale (FRM)
www.frm.org

Haute Autorité de Santé (HAS)

www.has-sante.fr

Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)

www.irdes.fr

Institut de veille sanitaire (INVS)

www.invs.sante.fr

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

www.inpes.sante.fr

Ministère de la Santé

www.sante.gouv.fr

Orphanet

www.orphanet.fr

Portail Épidémiologie France

<https://epidemiologie-france.aviesan.fr>

Psycom

www.psycom.org

Société française de médecine d'urgence (SFMU)

www.sfm.org

troubles-bipolaires.com

<http://www.troubles-bipolaires.com/>

Unafam - union nationale des amis et familles de malades mentaux

<http://www.unafam.org>

Vidal recos

<http://www.vidal.fr/recommandations/index/>

Société suisse de psychiatrie et psychothérapie

<http://www.psychiatrie.ch>

Commission Européenne, Santé mentale

http://ec.europa.eu/health/mental_health

BMJ Clinical Evidence

<http://clinicalevidence.bmj.com>

British Association for Psychopharmacology (BAP)

www.bap.org.uk

British Psychological Society (BPS)

www.bps.org.uk

Health and Social Care Information Center (HSCIC)

<http://www.hscic.gov.uk/>

Healthcare Improvement Scotland

www.healthcareimprovementscotland.org

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)

<http://www.nice.org.uk>

NHS Health Technology Assessment Programme

<http://www.hta.ac.uk>

Royal College of Psychiatrists

www.rcpsych.ac.uk

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

www.sign.ac.uk

Agence santé publique Canada

<http://www.phac-aspc.gc.ca>

Canadian Institute for Health Information (CIHI)

<http://www.cihi.ca>

Canadian Mental Health Association

<http://www.cmha.ca/>

Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT)

www.canmat.org

Canadian Psychological Association

www.cpa.ca

Guidelines Advisory Committee

www.gacguidelines.ca

Institute for Clinical Evaluative Sciences

<http://www.ices.on.ca/>

Santé Canada

www.hc-sc.gc.ca

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

www.ahrq.gov

American Academy of Psychiatry and the Law (AAPL)

www.aapl.org

American Psychiatric Association (APA)

www.psychiatry.org

American Psychological Association

<http://www.apa.org/>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

www.cdc.gov

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)

<https://www.icsi.org/>

Kaiser Permanente

<https://www.kaiserpermanente.org>

National Institute of Mental Health (NIMH)

www.nimh.nih.gov

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)

www.samhsa.gov

US Department of Veterans Affairs

www.va.gov

Beyondblue

www.beyondblue.org.au

New Zealand Guidelines Group (NZGG)

<http://www.health.govt.nz/about-ministry/ministry-health-websites/new-zealand-guidelines-group>

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP)

<https://www.ranzcp.org>

Singapore Ministry of Health (MoH)

<https://www.moh.gov.sg>

Association lacanienne internationale (ALI)

<http://www.freud-lacan.com>

International Society for Bipolar Disorders (ISBD)

www.isbd.org

Organisation mondiale de la santé (OMS)

www.who.int/fr/

World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP)

www.wfsbp.org

Bases de données bibliographiques

- La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques est construite en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.
- Le tableau ci-dessous présente la stratégie de recherche dans la base de données *Medline*. Dans ce tableau, des références doublons peuvent être présentes entre les différents thèmes et/ou types d'études.

Tableau 22

Type d'étude/Sujet	Termes utilisés	Période de recherche	Nombre de références trouvées
RECOMMANDATIONS ET CONFÉRENCES DE CONSENSUS		sans limite – Janv. 15	133
Étape 1	Bipolar Disorder/de OR (bipolar OR bipolarity)/ti,ab OR ((manic OR mania*) AND (depressive OR depression*))/ti,ab		
AND			
Étape 2	(guidance OR guideline*)/ti OR guideline/pt OR health planning guidelines/de OR practice guideline/pt OR (Consensus Development Conference, NIH OR Consensus Development Conference)/pt OR (consensus OR position paper OR recommendation* OR statement*)/ti		

MÉTA-ANALYSES ET REVUES SYSTÉMATIQUES		sans limite – Janv. 15	152
Étape 3	Bipolar Disorder/diagnosis/de OR ((Bipolar Disorder/de OR (bipolar OR bipolarity)/ti,ab) AND ((diagnos* OR investigat* OR recogniz* OR recognition OR assess* OR test* OR detect* OR checkup OR check-up OR marker* OR biomarker* OR exam* OR screening OR questionnaire* OR scale*)/ti OR (Medical History Taking OR Delayed Diagnosis OR Early Diagnosis OR Questionnaires OR Psychological Tests OR Interview, Psychological OR Psychiatric Status Rating Scales OR Diagnostic Services OR Biological Markers OR Mass Screening)/de))		
AND			
Étape 4	(meta analys* OR metaanalys* OR meta-analys*)/ti,ab OR meta-analysis/pt OR (systematic literature review* OR systematic literature search* OR systematic overview* OR systematic review* OR systematical literature review* OR systematical overview* OR systematical review* OR systematically review* OR systematically search* OR systematically research*)/ti,ab OR cochrane database syst rev/nom_revue		
AUTRES REVUES DE LA LITTÉRATURE		sans limite – Janv. 15	149
Étape 3			
AND			
Étape 5	review/ti OR Review/pt		
DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL		sans limite – Janv. 15	138
Étape 6	Bipolar Disorder/de OR (bipolar OR bipolarity)/ti		
AND			
Étape 7	(differential diagnosis OR algorithm* OR decision tree*)/ti OR (Decision Trees OR Diagnosis, Differential OR Diagnostic Errors)/de OR (Atlases OR Charts)/pt		
CLASSIFICATIONS		sans limite – Janv. 15	350
Étape 8	Bipolar Disorder/classification/de OR ((Bipolar Disorder/de OR (bipolar OR bipolarity)/ti) AND (classification* OR nosolog* OR nosograph* OR boundaries OR boundary OR subtyp* OR categories OR category)/ti)		
ECHELLES EN LANGUE FRANCAISE		sans limite – Janv. 15	90
Étape 1			
AND			
Étape 9	(questionnaire* OR scale*)/ti OR (Questionnaires OR Psychological Tests OR Psychiatric Status Rating Scales)/de		
AND			
Étape 10	validation/ti OR validation studies/type OR Psychometrics/de		
AND			
Étape 11	(France OR francais* OR french)/ti,ab OR France/de OR France/pays_publication OR (.fr OR France OR francais* OR french)/affiliation OR (France OR francais* OR french)/nom_revue		

► Critères de sélection des articles

- La revue systématique de la littérature a été limitée aux études relatives à l'efficacité ou à la sécurité des interventions proposées.
- Ont été incluses dans la revue systématique de la littérature les publications suivantes, en français ou anglais :
 - recommandations de bonne pratique (revue systématique + avis d'experts pluridisciplinaires + avis de représentants d'usagers) publiées depuis année ;
 - revues systématiques d'essais contrôlés, avec ou sans méta-analyse, publiées en français ou anglais depuis année ;
-

► Résultats

- Nombre de références identifiées : 991 ;
- Nombre de références analysées : 147 ;
- Nombre de références retenues : 36.

Annexe 2. Caractéristiques des recommandations

Tableau 23. Caractéristiques des recommandations présentées

Origine (organisme promoteur, pays, année de publication)	Intitulé	Champ couvert par les recommandations	Recherche systématique de la littérature	Niveaux de preuves et gradation des recommandations	Groupe d'experts pluridisciplinaire	Relecture et validation externe
<i>Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA), 2003 (9)</i>	<i>Depression and bipolar support alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in children and adolescents</i>	Le diagnostic et la prise en charge thérapeutique	oui	non	non	oui
<i>Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) et International Society for Bipolar Disorders (ISBD), 2009 (8)</i>	<i>Collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009</i>	Le diagnostic et la prise en charge thérapeutique	non disponible	oui	non	oui
<i>Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) et International Society for Bipolar Disorders (ISBD), 2013 (7)</i>	<i>Collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013</i>	La prise en charge thérapeutique	non disponible	oui	non	oui
<i>Beyonblue, 2011 (4)</i>	<i>Depression in adolescents and young adults</i>	Le diagnostic des enfants et des adolescents	oui	oui	oui	oui
<i>Department of Veterans Affairs et Department of Defense (VA/DoD), 2010 (10)</i>	<i>Clinical practice guideline for management of bipolar disorder in adults</i>	Le diagnostic et la prise en charge thérapeutique	oui	oui	oui	oui
Haute Autorité de Santé (HAS), 2014 (20)	Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours	Signes d'alerte suicidaire I	oui	oui	oui	oui
<i>Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2013 (11)</i>	<i>Adult depression in primary care</i>	Le diagnostic	oui	oui	oui	oui
<i>International Society for Bipolar Disorders (ISBD), 2008 (16)</i>	<i>Diagnostic guidelines for bipolar disorder: a summary of the International Society for Bipolar Disorders Diagnostic Guidelines Task Force Report</i>	Le diagnostic	non	non	non	non
Llorca <i>et al.</i> , 2010 (21) Hamon, 2010 (1)	Dépistage et prise en charge du trouble bipolaire : résultats et éditorial. Recommandations formalisées d'experts (RFE)	Le diagnostic et la prise en charge thérapeutique	non	non	non	non
Malhi <i>et al.</i> , 2009 (5)	<i>Clinical practice recommendations for bipolar disorder</i>	Le diagnostic et la prise en charge thérapeutique	oui	Non	oui	oui
<i>National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE),</i>	<i>Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults,</i>	Le diagnostic et la prise en charge thérapeutique	oui	oui	oui	oui

2006 (12)	<i>children and adolescents, in primary and secondary care. NICE clinical guideline 38</i>	peutique				
<i>National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2014 (13)</i>	<i>Bipolar disorder: the assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care. NICE clinical guideline 185</i>	Le diagnostic et la prise en charge thérapeutique	oui	oui	oui	oui
<i>Ministry of Health, Singapore (MoH), 2011 (15)</i>	<i>Clinical practice guidelines: bipolar disorder</i>	Le diagnostic et la prise en charge thérapeutique	non disponible	oui	oui	non
<i>New Zealand Guidelines Group (NZGG), 2008 (6)</i>	<i>Identification of common mental disorders and management of depression in primary care</i>	Le diagnostic L'évaluation du risque suicidaire	oui	oui	oui	oui
<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2005 (14)</i>	<i>Bipolar affective disorder. A national clinical guideline</i>	Le diagnostic et la prise en charge thérapeutique	oui	oui	oui	oui
<i>World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP), 2009 (17)</i>	<i>Guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2009 on the treatment of acute mania</i>	La prise en charge thérapeutique	non disponible	oui	non	non disponible
<i>World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP), 2010 (18)</i>	<i>Guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2010 on the treatment of acute bipolar depression</i>	La prise en charge thérapeutique	Non disponible	oui	non	non disponible

Annexe 3. Critères diagnostiques d'un trouble bipolaire selon les classifications

► D'après la classification CIM-10

Tableau 24. CIM-10. Critères diagnostiques

Troubles de l'humeur [affectifs] (F30-F39) Ce groupe réunit les troubles dans lesquels la perturbation fondamentale est un changement des affects ou de l'humeur, dans le sens d'une dépression (avec ou sans anxiété associée) ou d'une élation. Le changement de l'humeur est habituellement accompagné d'une modification du niveau global d'activité, et la plupart des autres symptômes sont soit secondaires à ces changements de l'humeur et de l'activité, soit facilement compréhensibles dans leur contexte. La plupart de ces troubles ont tendance à être récurrents et la survenue des épisodes individuels peut souvent être mise en relation avec des situations ou des événements stressants.
Épisode maniaque Toutes les subdivisions de cette catégorie s'appliquent exclusivement à un épisode isolé. Un épisode hypomaniaque ou maniaque survenant chez un sujet ayant présenté un ou plusieurs épisodes affectifs dans le passé (dépressif, hypomaniaque, maniaque, ou mixte) doit conduire à un diagnostic de trouble affectif bipolaire.
F30-0 Hypomanie Trouble caractérisé par la présence d'une élévation légère, mais persistante, de l'humeur, de l'énergie et de l'activité, associée habituellement à un sentiment intense de bien-être et d'efficacité physique et psychique. Il existe souvent une augmentation de la sociabilité, du désir de parler, de la familiarité ou de l'énergie sexuelle, et une réduction du besoin de sommeil ; ces symptômes ne sont toutefois pas assez marqués pour entraver le fonctionnement professionnel ou pour entraîner un rejet social. L'euphorie et la sociabilité sont parfois remplacées par une irritabilité ou des attitudes vaniteuses ou grossières. Les perturbations de l'humeur et du comportement ne sont pas accompagnées d'hallucinations ou d'idées délirantes.
F30-1 Manie sans symptômes psychotiques Présence d'une élévation de l'humeur hors de proportion avec la situation du sujet, pouvant aller d'une jovialité insouciance à une agitation pratiquement incontrôlable. Cette élation s'accompagne d'une augmentation d'énergie, entraînant une hyperactivité, un désir de parler, et une réduction du besoin de sommeil. L'attention ne peut être soutenue et il existe souvent une distractibilité importante. Le sujet présente souvent une augmentation de l'estime de soi avec idées de grandeur et surestimation de ses capacités. La levée des inhibitions sociales normales peut entraîner des conduites imprudentes, déraisonnables, inappropriées ou déplacées.
F30-2 Manie avec symptômes psychotiques Présence, associée au tableau clinique décrit en F30-1, d'idées délirantes (habituellement de grandeur) ou d'hallucinations (habituellement à type de voix parlant directement au sujet), ou d'une agitation, d'une activité motrice excessive et d'une fuite des idées d'une gravité telle que le sujet devient incompréhensible ou hors d'état de communiquer normalement. Sont différenciées : manie avec symptômes psychotiques congruents à l'humeur, non congruents à l'humeur, stupeur maniaque.
F31 Trouble affectif bipolaire Trouble caractérisé par deux ou plusieurs épisodes au cours desquels l'humeur et le niveau d'activité du sujet sont profondément perturbés, tantôt dans le sens d'une élévation de l'humeur et d'une augmentation de l'énergie et de l'activité (hypomanie ou manie), tantôt dans le sens d'un abaissement de l'humeur et d'une réduction de l'énergie et de l'activité (dépression). Les épisodes récurrents d'hypomanie ou de manie sont classés comme bipolaires (F31-8). Comprend : maladie, psychose, réaction maniaco-dépressive. À l'exclusion de : cyclothymie (F34-0).
F31-0 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque Le sujet est actuellement hypomaniaque, et a eu, dans le passé, au moins un autre épisode affectif (hypomaniaque, maniaque, dépressif ou mixte).

F31-1 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptômes psychotiques Le sujet est actuellement maniaque, sans symptômes psychotiques (comme sous F30-1), et a eu, dans le passé, au moins un autre épisode affectif (hypomaniaque, maniaque, dépressif ou mixte).
F31-4 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques Le sujet est actuellement déprimé, comme au cours d'un épisode dépressif d'intensité sévère sans symptômes psychotiques (F32-2), et a eu, dans le passé, au moins un épisode hypomaniaque, maniaque ou mixte bien documenté
F31-5 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère avec symptômes psychotiques Le sujet est actuellement déprimé, comme au cours d'un épisode dépressif d'intensité sévère avec symptômes psychotiques (F32-3), et a eu, dans le passé, au moins un épisode hypomaniaque, maniaque ou mixte bien documenté.
F31-6 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte Le sujet a eu, dans le passé, au moins un épisode hypomaniaque, maniaque, dépressif ou mixte bien documenté, et l'épisode actuel est caractérisé soit par la présence simultanée de symptômes maniaques et dépressifs, soit par une alternance rapide de symptômes maniaques et dépressifs. À l'exclusion de : épisode affectif mixte isolé (F38-0).
F31-7 Trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission Le sujet a eu, dans le passé, au moins un épisode hypomaniaque, maniaque ou mixte bien documenté, et au moins un autre épisode affectif (hypomaniaque, maniaque, dépressif ou mixte), mais sans aucune perturbation significative de l'humeur, ni actuellement, ni au cours des derniers mois. Les rémissions sous traitement prophylactique doivent être classées ici.
F31-8 Autres troubles affectifs bipolaires Épisodes maniaques récurrents Trouble bipolaire II

Tableau 25. CIM-10. Épisodes dépressifs

F32 Épisodes dépressifs Dans les épisodes typiques de chacun des trois degrés de dépression : léger, moyen ou sévère, le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil, et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits « somatiques », par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido. Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif : léger, moyen et sévère. Comprend : épisodes isolés de dépression : psychogène, réactionnelle, réaction dépressive ; à l'exclusion de : associés à un trouble des conduites en F91- (F92-0) trouble (de) : adaptation (F43-2), dépressif récurrent (F33-).
F32-0 Épisode dépressif léger Au moins 2 ou 3 des symptômes cités plus haut sont habituellement présents. Ces symptômes s'accompagnent généralement d'un sentiment de détresse, mais le sujet reste, le plus souvent, capable de poursuivre la plupart de ses activités.
F32-1 Épisode dépressif moyen Au moins 4 des symptômes cités plus haut sont habituellement présents et le sujet éprouve des difficultés considérables à poursuivre ses activités usuelles.
F32-2 Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques Épisode dépressif dans lequel plusieurs des symptômes dépressifs mentionnés ci-dessus, concernant typiquement une perte de l'estime de soi et des idées de dévalorisation ou de culpabilité, sont marqués et

pénibles. Les idées et les gestes suicidaires sont fréquents et plusieurs symptômes « somatiques » sont habituellement présents.
Dépression : épisode isolé sans symptômes psychotiques o agitée, épisode isolé sans symptômes psychotiques o majeure, épisode isolé sans symptômes psychotiques o vitale, épisode isolé sans symptômes psychotiques.
F32-3 Épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques Épisode dépressif correspondant à la description d'un épisode dépressif sévère (F32-2) mais s'accompagnant, par ailleurs, d'hallucinations, d'idées délirantes, ou d'un ralentissement psychomoteur ou d'une stupeur d'une gravité telle que les activités sociales habituelles sont impossibles ; il peut exister un danger vital en raison d'un suicide, d'une déshydratation ou d'une dénutrition. Les hallucinations et les idées délirantes peuvent être congruentes ou non congruentes à l'humeur. Sont différenciés des épisodes isolés de dépression : majeure avec symptômes psychotiques, psychotique ; psychose dépressive : psychogène, réactionnelle.
F33 Trouble dépressif récurrent Trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un tel épisode (F32-), en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie (manie). Le trouble peut toutefois comporter de brefs épisodes caractérisés par une légère élévation de l'humeur et une augmentation de l'activité (hypomanie), succédant immédiatement à un épisode dépressif, et parfois déclenchés par un traitement antidépresseur. Les formes graves du trouble dépressif récurrent (F33-2 et F33-3) présentent de nombreux points communs avec des concepts antérieurs comme ceux de dépression maniaque-dépressive, de mélancolie, de dépression vitale et de dépression endogène. Le premier épisode peut survenir à n'importe quel âge, de l'enfance à la vieillesse, le début peut être aigu ou insidieux et la durée peut varier de quelques semaines à de nombreux mois. Le risque de survenue d'un épisode maniaque ne peut jamais être complètement écarté chez un patient présentant un trouble dépressif récurrent, quel que soit le nombre d'épisodes dépressifs déjà survenus. Si un tel épisode maniaque se produit, le diagnostic doit être changé pour celui de trouble affectif bipolaire (F31-).
F34 Troubles de l'humeur [affectifs] persistants Troubles de l'humeur persistants et habituellement fluctuants, dans lesquels la plupart des épisodes individuels ne sont pas suffisamment sévères pour justifier un diagnostic d'épisode hypomaniaque ou d'épisode dépressif léger. Toutefois, étant donné qu'ils persistent pendant des années et parfois pendant la plus grande partie de la vie adulte du sujet, ils entraînent une souffrance et une incapacité considérables. Dans certains cas, des épisodes maniaques ou dépressifs récurrents ou isolés peuvent se surajouter à un état affectif persistant.

► D'après la classification DSM-5

(Proposition de traduction non validée)

Troubles bipolaires de type I et de type II

Tableau 26. DSM-5. Critères diagnostiques trouble bipolaire de type I

A. Les critères (critères A à D de l'épisode maniaque) ont été respectés pour au moins un épisode maniaque.
B. L'occurrence d'un épisode maniaque et d'un épisode dépressif majeur n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou par un autre trouble psychotique.
L'épisode maniaque peut avoir été précédé et suivi par un épisode hypomaniaque ou par un épisode dépressif caractérisé.

Tableau 27. DSM-5. Critères diagnostiques trouble bipolaire de type II

A. les critères (A à F) ont été respectés pour au moins un épisode hypomaniaque et pour au moins un épisode dépressif.
B. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque
C. L'occurrence d'un épisode hypomaniaque et de l'épisode dépressif majeur n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.
Les symptômes de dépression ou le caractère imprévisible provoqué par l'alternance fréquente des périodes de dépression et des périodes d'hypomanie entraînent une détresse cliniquement significative ou une détérioration des activités sociales, du fonctionnement professionnel, ou d'autres domaines importants de fonctionnement.

Épisode maniaque

Tableau 28. DSM-5. Critères diagnostiques d'un épisode maniaque

A. Un épisode maniaque est défini comme une période nettement délimitée d'élévation de l'humeur ou d'humeur expansive ou irritable ou d'une augmentation de l'activité ou de l'énergie orientée vers un but. Cette période doit durer au moins une semaine, être présente tout le long de la journée presque tous les jours ou moins, si une hospitalisation est nécessaire. B. Au moins 3 des symptômes suivants doivent être présents à un degré significatif et constituent un changement notable du comportement habituel (4 symptômes si l'humeur est seulement irritable) : • augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur ; • réduction du besoin de sommeil (se sentir reposé après seulement 3 heures de sommeil) ; • plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment ; • fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent ; • distractibilité (l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants) ; • augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice ; • engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (par exemple la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables) ; les symptômes ne répondent pas aux critères d'un épisode mixte.
C. La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles, ou pour nécessiter l'hospitalisation afin de prévenir les conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien, s'il existe des caractéristiques psychotiques.
D. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (donnant lieu à un abus, médicament) ou à une affection médicale généralisée (hyperthyroïdie).
Les critères A à D constituent un épisode maniaque. La présence d'au moins un épisode maniaque est nécessaire pour le diagnostic d'un épisode bipolaire de type I.

Épisode hypomaniaque

Tableau 29. DSM-5. Critères diagnostiques d'un épisode hypomaniaque

A. Un épisode hypomaniaque est défini comme une période nettement délimitée d'élévation de l'humeur ou d'humeur expansive ou irritable et une augmentation persistante de l'activité ou de l'énergie. Cette période doit durer au moins 4 jours consécutifs et être présente toute la journée, presque tous les jours. B. Durant la période de trouble de l'humeur et d'augmentation de l'énergie et de l'activité, au moins 3 des symptômes suivants ont persisté à un degré significatif et constituent un changement notable du comportement habituel (4 symptômes si l'humeur est seulement irritable) et ont été présents à un degré significatif : • augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur ; • réduction du besoin de sommeil (se sentir reposé après seulement 3 heures de sommeil) ; • plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment ; • fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent ; • distractibilité (l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants) ; • augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice ; • engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (par exemple la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).
L'épisode est associé sans équivoque à un fonctionnement qui est inhabituel chez l'individu quand il n'est pas symptomatique.
La perturbation de l'humeur et le changement du fonctionnement sont perceptibles par autrui.
C. La perturbation de l'humeur n'est pas assez sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles, ou pour nécessiter l'hospitalisation. S'il existe des caractéristiques psychotiques l'épisode est par définition considéré comme maniaque.
D. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (donnant lieu à un abus, médicament).
Note : un épisode complet hypomaniaque qui survient durant un traitement antidépresseur (par exemple des médicaments, une thérapie électroconvulsive) mais persiste comme un niveau complet de syndrome au-delà de l'effet physiologique du traitement lié au traitement est une preuve suffisante pour un épisode hypomaniaque. Cependant la prudence est indiquée de manière que la présence de 1 ou 2 symptômes (particulièrement l'irritabilité augmentée, la nervosité, ou l'agitation suivant l'utilisation d'un antidépresseur) ne soit pas considéré comme suffisante pour le diagnostic d'un épisode hypomaniaque et n'indique pas non plus la présence d'une diathèse bipolaire. Les critères A à F constituent un épisode hypomaniaque. Les épisodes hypomaniaque sont courants dans le trouble bipolaire de type I mais ne sont pas nécessaires pour établir un diagnostic du trouble bipolaire de type I.

Épisode dépressif majeur

Tableau 30. DSM-5. Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur d'un trouble bipolaire

A. au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit 1) une humeur dépressive, soit 2) une perte d'intérêt ou de plaisir. NB : ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale. 1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des

larmes). NB : éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.

2) Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

3) Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (ex. : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. NB : chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7) Sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

9) Pensées récurrentes de mort (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou à une autre affection médicale.

NB : les critères A à C caractérisent l'épisode dépressif majeur (ou épisode dépressif caractérisé).

Les épisodes dépressifs majeurs sont courants dans le trouble bipolaire de type I mais ne sont pas nécessaires pour établir un diagnostic du trouble bipolaire de type I.

NB : la réaction à une perte significative (p. ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notées au niveau du critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé associé à la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

► D'après la classification DSM-IV

Tableau 31. DSM-IV. Critères diagnostiques d'un épisode maniaque d'un trouble bipolaire

Un épisode maniaque est défini comme une période nettement délimitée d'élévation de l'humeur ou d'humeur expansive ou irritable. Cette période doit durer au moins une semaine ou moins si une hospitalisation est nécessaire.
Au moins 3 des symptômes suivants doivent être présents (4 symptômes si l'humeur est seulement irritable) : • augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur ; • réduction du besoin de sommeil ; • plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment ; • fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent ; • distractibilité (l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants) ; • augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice ; • engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (par exemple la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).

Les symptômes ne répondent pas aux critères d'un épisode mixte.
La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles, ou pour nécessiter l'hospitalisation afin de prévenir les conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien, s'il existe des caractéristiques psychotiques.
Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (donnant lieu à un abus, médicament) ou à une affection médicale généralisée (hyperthyroïdie).

Tableau 32. DSM-IV. Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur d'un trouble bipolaire

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Au moins un des symptômes est soit 1) une humeur dépressive, soit 2) une perte d'intérêt ou de plaisir.
1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex. pleure). NB : éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
2) Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. NB : chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.
C. Les symptômes traduisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.
D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament), ou à une affection médicale générale (p. ex. hypothyroïdie).
E. Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil, c'est-à-dire qu'après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Tableau 33. DSM-IV. Critères diagnostiques d'un épisode mixte

Les critères sont réunis à la fois pour un épisode maniaque et pour un épisode dépressif majeur (à l'exception de la durée) et cela presque tous les jours pour une semaine.
La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles ou pour nécessiter l'hospitalisation afin de prévenir les conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou s'il existe des caractéristiques psychotiques.
Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (donnant lieu à abus, médicament) ou à une affection médicale générale (hyperthyroïdie).

Tableau 34. DSM-IV. Trouble bipolaire I, trouble bipolaire non spécifié, trouble bipolaire II

Trouble bipolaire I Est essentiellement caractérisé par la survenue d'un ou de plusieurs épisodes maniaques ou épisodes mixtes. Les sujets ont souvent également présenté un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs. Le trouble bipolaire I est considéré comme récurrent soit car il existe une inversion de la polarité de l'épisode soit par un intervalle d'au moins 2 mois sans symptômes maniaques entre les épisodes. Une inversion de la polarité est définie par l'évolution d'un épisode dépressif majeur vers un épisode maniaque ou l'évolution d'un épisode maniaque vers un épisode dépressif majeur.
Trouble bipolaire non spécifié S'il existe une alternance très rapide (sur quelques jours) de symptômes maniaques et dépressifs, qui ne répondent pas aux critères de durée d'un épisode maniaque ou d'un épisode dépressif majeur, le diagnostic est celui d'un trouble bipolaire non spécifié.
Trouble bipolaire II Est essentiellement caractérisé par la survenue d'un ou de plusieurs épisodes dépressifs majeurs accompagnés d'au moins un épisode hypomaniaque. L'existence d'un épisode maniaque ou mixte exclut le trouble bipolaire de type II. Les sujets présentant un trouble bipolaire de type II peuvent ne pas ressentir les épisodes hypomaniaques comme pathologiques. Les informations provenant d'autres informateurs (proches, famille) sont souvent très importantes pour établir un diagnostic.

► Différences entre DSM-IV et CIM-10

Selon le *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT)*, 2009 (8), dans le DSM-IV le trouble bipolaire de type I est caractérisé par la survenue d'au moins un épisode maniaque ou d'un épisode mixte. La CIM-10 est fréquemment utilisée en clinique mais non dans un but de recherches.

La CIM-10 ne sépare pas les troubles bipolaires I et II dans le cadre du concept du trouble bipolaire (F31), et nécessite au moins 2 épisodes (un épisode hypomaniaque, maniaque, état mixte ou dépressif) pour le diagnostic. Si un seul épisode maniaque est survenu le trouble est défini dans une catégorie distincte (F30).

Les médecins utilisant la CIM-10 doivent savoir que le concept d'état mixte dans la CIM-10 est défini de manière plus vague que dans le DSM-IV.

Toutes les études cliniques contrôlées menées après 1991 ont utilisé les critères d'inclusion et d'exclusion des sujets maniaques définis par le DSM-IV. En conséquence les recommandations incorporant ces études ont fondé leurs entités diagnostiques sur le DSM-IV.

Comme les définitions de l'épisode maniaque dans le DSM-IV et la CIM-10 sont très similaires les recommandations sur l'épisode maniaque peuvent être implémentées en pratique quotidienne en utilisant la CIM-10 au moins quand on traite de l'état maniaque pur ou de l'état maniaque psychotique.

Les médecins utilisant la CIM-10 devraient être conscients que le concept des états mixtes dans la CIM-10 est plus approximativement défini que dans le DSM-IV.

Selon le DSM-IV les états mixtes impliquent que les critères pour le diagnostic pour un épisode maniaque et pour un épisode dépressif soient simultanément remplis (à l'exception du critère concernant la durée).

Cependant la complexité de l'état maniaque n'est pas délimitée de manière satisfaisante par le DSM-IV. Beaucoup d'états maniaques ne sont pas uniformes et ils ne correspondent pas non plus à des distinctions claires.

Annexe 4. Associations de patients et de représentants d'usagers

Association Argos 2001

119, rue des Pyrénées - 75020 Paris

Tél. : 01 46 28 00 20

E-mail : argos.2001@free.fr

[http //www.argos2001.fr](http://www.argos2001.fr)

Association France Dépression

4b, rue Vigée-Lebrun - 75015 Paris

Tél. : 01 40 61 05 66

<http://www.france-depression.org>

Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (Fnapsy)

33, rue Daviel - 75013 Paris

Tél. : 01 43 64 85 42

Fax : 01 42 73 90 21

<http://www.fnapsy.org>, contact@fnapsy.org

Union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam)

12, villa Compoint – 75017 PARIS

Tél. : 01 53 06 30 43

Fax : 33 (0)1 42 63 44 00

E-mail : infos@unafam.org

<http://www.unafam.org>

Annexe 5. Situations d'urgence : que-faire-et-à-qui-s-adresser-face-à-une-crise-suicidaire

Selon le site du ministère des Affaires sociales, de la Santé, et des Droits des Femmes :
<http://www.sante.gouv.fr/que-faire-et-a-qui-s-adresser-face-a-une-crise-suicidaire.html>

Dans les cas d'une situation d'urgence (en cas de risque suicidaire avéré : idées suicidaires, projet/scénario de suicide et/ou accès à des moyens létaux)

Se rapprocher des services d'urgence

- Appeler le Samu 15 ou le 112 (numéro européen)
- Appeler SOS Médecin

Les consultations

- Le médecin traitant
- Un spécialiste en psychiatrie ou un psychologue
- Le centre médico-psychologique (CMP) de secteur

Les dispositifs d'écoute

Tous ces services d'écoute sont anonymes :

→ SOS Amitié :

Service d'écoute destiné à accueillir la parole de celles et ceux qui, à un moment de leur vie, traversent une période difficile.

Permanence d'écoute téléphonique 24 h/24, 7 j/7.

Permanence d'écoute par tchat tous les soirs de 19 h à 23 h ou par mail (réponse sous 48 h maximum).

Tél. : 01 42 96 26 26 (Ile-de-France).

Retrouvez les numéros régionaux d'appel sur le site de l'association.

Site Internet : www.sos-amitie.org.

→ Suicide Écoute :

Écoute des personnes confrontées au suicide.

Permanence d'écoute téléphonique 24 h/24, 7 j/7.

Tél. : 01 45 39 40 00

Site Internet : www.suicide-ecoute.fr.

→ SOS Suicide Phénix :

Accueil et écoute de toute personne confrontée à la problématique du suicide.

Permanence d'écoute téléphonique 7 j/7.

Permanence d'écoute par messagerie accessible depuis le site Internet de l'association.

Ligne nationale : 0 825 12 03 64 (de 16 h à 23 h).

Ligne Ile-de-France : 01 40 44 46 45 (de 12 h à minuit).

Site Internet : www.sos-suicide-phenix.org.

• Fil Santé Jeunes :

Écoute, information et orientation des jeunes dans les domaines de la santé physique, psychologique et sociale.

Ligne d'écoute téléphonique anonyme et gratuite 7 j/7, de 8 h à minuit.

Tél. : 32 24 ou 01 44 93 30 74 (depuis un portable)

Site Internet : www.filsantejeunes.com.

Annexe 6. Glossaire

Épisode mixte : selon la CIM-10 (F31.6) : le trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte le sujet a eu, dans le passé, au moins un épisode hypomaniaque, maniaque, dépressif ou mixte bien documenté, et l'épisode actuel est caractérisé soit par la présence simultanée de symptômes maniaques et dépressifs, soit par une alternance rapide de symptômes maniaques et dépressifs. À l'exclusion de l'épisode affectif mixte isolé (F38.0).

Dysphorie : état psychique marqué par la présence de sentiments d'insatisfaction, d'ennui, d'anhédonie, de mal-être diffus, de goût amer de la vie et de dépression. Peut se manifester d'une façon trompeuse sous la forme d'une irritabilité, avec phases anxieuses, réactions de colère

Hyperréactivité émotionnelle : est définie comme l'émergence soudaine et non maîtrisée d'émotions positives ou négatives particulièrement intenses.

Trouble borderline : trouble de la personnalité qui se caractérise par sa permanence, alors qu'il existe des intervalles libres dans les troubles bipolaires. Les troubles de personnalité borderline sont entre autres caractérisés par des fluctuations rapides de l'humeur (selon la définition de la classification CIM-10).

Trouble cyclothymique : selon la CIM-10 la cyclothymie (F34.0) est définie comme une « instabilité persistante de l'humeur, comportant de nombreuses périodes de dépression ou d'exaltation légère (hypomanie), mais dont aucune n'est suffisamment sévère ou prolongée pour justifier un diagnostic de trouble affectif bipolaire (F31.-) ou de trouble dépressif récurrent (F33.-) »

Trouble schizo-affectif (schizophrénie dysthymique) : troubles épisodiques dans lesquels des symptômes affectifs (maniaques, dépressifs) et des symptômes schizophréniques sont conjointement au premier plan de la symptomatologie mais ne justifient pas un diagnostic de schizophrénie ni d'épisode dépressif ou maniaque (selon la définition de la classification CIM-10).

Symptômes psychotiques congruents à l'humeur : les thèmes du délire des symptômes psychotiques sont en rapport avec la totalité de l'humeur : exemple de thématique de ruine dans la dépression, de thématique de mégalomanie dans un épisode maniaque.

Références

1. Hamon M. Dépistage et prise en charge du trouble bipolaire. Recommandations formalisées d'experts (RFE) [éditorial]. L'Encéphale 2010;36(Suppl 4):S77-S8.
2. Haute Autorité de Santé. Méthode d'élaboration des fiches mémo. Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/methode_delaboration_des_fiches_memo.pdf
3. Haute Autorité de Santé. Troubles bipolaires. Guide médecin. Guide affection longue durée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-09/ald_23_gm_troubles_bipolaires_web.pdf
4. Beyondblue. Depression in adolescents and young adults. Clinical practice guidelines. Melbourne: Beyond Blue Ltd; 2011.
<http://www.beyondblue.org.au/resources/health-professionals/clinical-practice-guidelines/adolescents-and-young-adults-guidelines>
5. Malhi GS, Adams D, Lampe L, Paton M, O'Connor N, Newton LA, *et al.* Clinical practice recommendations for bipolar disorder. Acta Psychiatr Scand 2009;119(Suppl 439):27-46.
6. New Zealand Guidelines Group. Identification of common mental disorders and management of depression in primary care. Wellington: NZGG; 2008.
http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/depression_guideline.pdf
7. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, International Society for Bipolar Disorders, Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, *et al.* Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. Bipolar Disord 2013;15(1):1-44.
8. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, International Society for Bipolar Disorders, Yatham LN, Kennedy SH, Schaffer A, Parikh SV, *et al.* Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009. Bipolar Disord 2009;11(3):225-55.
9. Depression and Bipolar Support Alliance, Coyle JT, Pine DS, Charney DS, Lewis L, Nemeroff CB, *et al.* Depression and bipolar support alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003;42(12):1494-503.
10. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD clinical practice guideline for management of bipolar disorder in adults. Washington: VA/DoD; 2010.
http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/bd/bd_305_full.pdf
11. Institute for Clinical Systems Improvement. Adult depression in primary care. Bloomington: ICSI; 2013.
<https://www.icsi.org/asset/fnhdm3/Depr.pdf>
12. National Institute for Health and Clinical Excellence. Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. NICE clinical guideline 38. London: NICE; 2006.
<http://www.nice.org.uk/guidance/cg38/resources/guidance-bipolar-disorder-the-management-of-bipolar-disorder-in-adults-children-and-adolescents-in-primary-and-secondary-care-pdf>
13. National Institute for Health and Care Excellence. Bipolar disorder: the assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care. NICE clinical guideline 185. Manchester: NICE; 2014.
<http://www.nice.org.uk/guidance/cg185/resources/guidance-bipolar-disorder-the-assessment-and-management-of-bipolar-disorder-in-adults-children-and-young-people-in-primary-and-secondary-care-pdf>
14. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Bipolar affective disorder. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 2005.
<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign82.pdf>
15. Ministry of Health Singapore, Mok YM, Chan HN, Chee KS, Chua TE, Lim BL, *et al.* Ministry of Health clinical practice guidelines: bipolar disorder. Singapore Med J 2011;52(12):914-9.
16. International Society for Bipolar Disorders, Ghaemi SN, Bauer M, Cassidy F, Malhi GS, Mitchell P, *et al.* Diagnostic guidelines for bipolar disorder: a summary of the International Society for Bipolar Disorders Diagnostic Guidelines Task Force Report. Bipolar Disord 2008;10(1 Pt 2):117-28.
17. World Federation of Societies of Biological Psychiatry, Grunze H, Vieta E, Goodwin GM, Bowden C, Licht RW, *et al.* The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2009 on the treatment of acute mania. World J Biol Psychiatry 2009;10(2):85-116.
18. World Federation of Societies of Biological Psychiatry, Grunze H, Vieta E, Goodwin GM, Bowden C, Licht RW, *et al.* The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2010 on the treatment of acute bipolar depression. World J Biol Psychiatry 2010;11(2):81-109.
19. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Fédération française de psychiatrie. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus, 19 et 20 octobre 2000. Amphithéâtre

Charcot - Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris. Texte des recommandations. Paris: Anaes; 2000.

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>

20. Haute Autorité de Santé. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/manifestations_depressives_argumentaire_scientifique.pdf

21. Llorca PM, Courtet P, Martin P, Abbar M, Gay C, Meynard JA, *et al.* Dépistage et prise en charge du trouble bipolaire : résultats. Recommandations formalisées d'experts (RFE). L'Encéphale 2010;36(Suppl 4):S86-102.

22. Société française de médecine d'urgence, Bellivier F. Critères d'hospitalisation d'un patient présentant un trouble bipolaire de l'humeur. Urgences 2011. 5^e congrès de la Société française de médecine d'urgence. Paris: SFMU; 2011.

23. Conus P, Berger G, Theodoridou A, Schneider R, Umbricht D, Michaelis-Conus K, *et al.* Intervention précoce dans les troubles bipolaires. Forum Méd Suisse 2008;8(17):316-9.

24. Hättenschwiler J, Höck P, Luther R, Modestin J, Seifritz E. Troubles bipolaires : diagnostic. Forum Méd Suisse 2009;9(42):750-4.

25. Rouillon F. Épidémiologie du trouble bipolaire. Ann Méd Psychol 2009;167(10):793-5.

26. Geoffroy PA, Etain B, Scott J, Henry C, Jamain S, Leboyer M, *et al.* Reconsideration of bipolar disorder as a developmental disorder: importance of the time of onset. J Physiol Paris 2013;107(4):278-85.

27. Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. « Cade's disease » and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. Can J Psychiatry 2002;47(2):125-34.

28. Weber-Rouget B, Gervasoni N, Dubuis V, Gex-Fabry M, Bondolfi G, Aubry JM. Screening for bipolar disorders

using a French version of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). J Affect Disord 2005;88(1):103-8.

29. Rouillon F, Gasquet I, Garay RP, Lancrenon S. Prévalence des troubles bipolaires en médecine générale : enquête Bipolact Impact. Ann Méd Psychol 2009;167(8):611-5.

30. Rouillon F, Gasquet I, Garay RP, Lancrenon S. Screening for bipolar disorder in patients consulting general practitioners in France. J Affect Disord 2011;130(3):492-5.

31. Drancourt N, Etain B, Lajnef M, Henry C, Raust A, Cochet B, *et al.* Duration of untreated bipolar disorder: missed opportunities on the long road to optimal treatment. Acta Psychiatr Scand 2013;127(2):136-44.

32. Patel NC, DelBello MP, Keck PE, Strakowski SM. Phenomenology associated with age at onset in patients with bipolar disorder at their first psychiatric hospitalization. Bipolar Disord 2006;8(1):91-4.

33. Brunelle J, Consoli A, Tanguy ML, Huynh C, Perisse D, Deniau E, *et al.* Phenomenology, socio-demographic factors and outcome upon discharge of manic and mixed episodes in hospitalized adolescents. A chart review. Eur Child Adolesc Psychiatry 2009;18(3):185-93.

34. Birmaher B, Axelson D, Goldstein B, Strober M, Gill MK, Hunt J, *et al.* Four-year longitudinal course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders: the Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) study. Am J Psychiatry 2009;166(7):795-804.

35. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé. Paris: Masson; 2003.

36. Organisation mondiale de la santé. CIM-10. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Genève: OMS; 1993.

37. American Psychiatric Association. DSM-5™. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. Arlington: APA; 2013.

Participants

Groupe de travail

Dr Joëlle Favre-Bonté, chef de projet HAS, Saint-Denis

Dr Angèle Consoli, psychiatre, Paris

Dr Patrick Dréno, médecin généraliste, Sautron

Dr Jean-Michel Éon, psychiatre, Rennes

Dr Bruno Étain, psychiatre, Créteil

M. Jean-Louis Gilles, Unafam, Bétheny

Dr Philippe Guillou, médecin généraliste, Strasbourg

Mme Annie Labbé, Argos 2001, Paris

Dr Christian Lembeye, médecin du travail, Melun

Dr Éric Mandin, médecin scolaire, Saint-Jean-d'Angély

Mme Nathalie Maunoury, France Dépression, Paris

Mme Hélène Romano, psychologue, Créteil

Dr Isabelle Secret-Bobolakis, psychiatre, Jossigny

Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour la constitution du groupe de travail

Association ARGOS 2001*

Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire (Afpssu)*

Association France Dépression*

Collège de la médecine générale*

Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie*

Fédération française d'addictologie*

Fédération française de psychiatrie (FFP)*

Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (Fnapsy)

Fondation FondaMental*

Société française de médecine du travail (SFMT)*

Société française de pédiatrie (SFP)

Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées (SFPEADA)*

Société française de psychologie (SFP)

Union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam)*

* Cet organisme a proposé un expert pour le groupe de travail.

Parties prenantes

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour donner un avis sur la fiche mémo :

Association ARGOS 2001*

Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA)

Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire (Afpssu)*

Association France Dépression

Collège de la médecine générale*

Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie

Fédération des centres médico-psycho-pédagogiques (FCMPP)

Fédération des malades et handicapés (FMH)

Fédération française d'addictologie*

Fédération française de génétique humaine (FFGH)

Fédération française de psychiatrie (FFP)

Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (Fnapsy)

Fondation FondaMental*

Société française de médecine du travail (SFMT)*

Société française de pédiatrie (SFP)*

Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées (SFPEADA)*

Société française de psychologie (SFP)*

Union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam)

Les organismes institutionnels suivants ont été sollicités pour donner un avis sur la fiche mémo

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés *

Régime social des indépendants

Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole

Direction générale de la santé*

Direction générale de l'offre de soins

Direction de la sécurité sociale

* Cet organisme a rendu un avis officiel sur la fiche mémo.

Remerciements

La HAS remercie les personnes suivantes :

P^r Yvan Halimi ;

M. Antoine De-Riccardis.

Fiche descriptive

Titre	Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours
Méthode de travail	Fiche mémo
Objectif(s)	- Améliorer le repérage des patients souffrant d'un trouble bipolaire en premier recours. - Améliorer par un repérage précoce la prévention des complications des troubles bipolaires.
Patients ou usagers concernés	Les adolescents et les patients adultes susceptibles d'avoir un trouble bipolaire.
Professionnel(s) concerné(s)	Cette fiche mémo est principalement destinée aux médecins de premier recours : les médecins généralistes. Elle s'adresse également aux autres professionnels de santé impliqués dans le parcours de santé des personnes adultes et des adolescents ayant un trouble bipolaire, notamment : psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, gériatres, médecins addictologues, neurologues, médecins d'autres spécialités. Bien que ce document ne détaille pas leurs pratiques spécifiques, cette fiche mémo peut également être utile aux autres professionnels de santé et travailleurs sociaux concernés par le thème (médecins du travail, médecins scolaires, infirmiers, assistantes sociales).
Demandeur	Direction générale de la santé, Direction générale de l'offre de soins et Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Dr Joëlle Favre-Bonté, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Michel Laurence) Secrétariat : Mme Laetitia Gourbail
Recherche documentaire	De sans limite jusqu'à janvier 2015 (cf. stratégie de recherche documentaire décrite en annexe 1) Réalisée par Mme Mireille Cecchin, avec l'aide de Mme Sylvie Lascols (chef du service Documentation – Veille : Mme Frédérique Pagès)
Auteurs du rapport d'élaboration	Dr Joëlle Favre-Bonté, chef de projet, HAS
Participants	Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail, parties prenantes consultées : cf. liste des participants
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur www.has-sante.fr. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Adoption par le Collège de la HAS en juin 2015
Actualisation	L'actualisation de cette fiche mémo sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.
Autres formats	Fiche mémo téléchargeable sur www.has-sante.fr



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr